



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde
2011

Departamento de Electrónica,
Telecomunicações e Informática

Departamento de Línguas e Culturas

Maria João do Nascimento O TERAPEUTA DA FALA E O AUTISMO
Pedro



Universidade de Aveiro Secção Autónoma de Ciências da Saúde
2011
Departamento de Electrónica,
Telecomunicações e Informática
Departamento de Línguas e Culturas

**Maria João do Nascimento O TERAPEUTA DA FALA E O AUTISMO
Pedro**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e da Audição, realizada sob a orientação científica do Doutor António Joaquim da Silva Teixeira, Professor Auxiliar do Departamento de Electrónica, Telecomunicações e Informática da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho a todos os que o tornaram possível.

o júri

Presidente

Doutor Carlos Alberto da Costa Bastos
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

Vogais

Doutora Daniela Filipa Macedo Braga Moreira da Silva
International Program Manager, Speech at Microsoft, Microsoft

Doutor António Joaquim da Silva Teixeira (Orientador)
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor António Teixeira, pelo constante incentivo, disponibilidade e orientação.

Aos Agrupamentos de Escolas e Centros de Recursos para a Inclusão que colaboraram neste estudo.

A todos os Terapeutas da Fala que contribuíram para a realização do questionário e aos que fizeram parte da amostra deste estudo.

A todos os amigos e colegas de trabalho pelo constante estímulo e disponibilidade, especialmente à equipa PIEE do Centro de Educação Especial “O Ninho” de Rio Maior.

À minha família pela educação que me proporcionaram, por todo o incentivo e apoio, especialmente ao meu avô, que apesar de já não estar presente, continua a ser a estrelinha que me inspira pela sua dedicação e bondade.

Ao João por me acompanhar neste percurso sempre com um sorriso, pelo carinho, compreensão e apoio.

palavras-chave

Perturbação do Espectro do Autismo, Autismo, Terapeuta da Fala, Comunicação Aumentativa e Alternativa, Comunicação

resumo

Objetivo/tema: Nos últimos anos, tem sido salientada a importância do Terapeuta da Fala (TF), no trabalho com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), no ramo educacional. Uma vez que é uma perturbação, cuja população apresenta, em geral, problemas de comunicação e/ou linguagem, a atuação deste profissional torna-se indispensável. O principal objetivo deste estudo é caracterizar a atuação profissional do TF, com utentes com PEA, em Portugal, assim como, a sua formação nesta área e identificar características específicas do desenvolvimento da linguagem e da comunicação dos seus utentes.

Método: Foi elaborado um questionário *online*, através da ferramenta *Google Docs*, tendo-se inquirido 49 TF, que acompanham 394 utentes com PEA. Relativamente à modalidade de investigação, este estudo classifica-se como quantitativo, quanto à abordagem e descritivo, quanto ao nível.

Resultados/Discussão: Os TF inquiridos são na grande maioria licenciados e realizaram formação contínua, na área da PEA, no entanto, salientam a necessidade de mais formação prática na área. Na sua atuação profissional, referem a falta de uma prova de avaliação da comunicação, adaptada para a PEA e de mais ferramentas de intervenção. As áreas em que intervêm mais frequentemente são a pragmática e a comunicação não-verbal. Quanto aos utentes com PEA, acompanhados pelos TF, que responderam ao inquérito, a maioria apresenta o diagnóstico clínico de Perturbação Autística e frequenta o 1º ciclo. Relativamente às suas competências comunicativas, a maioria apresenta/apresentou uma aquisição tardia da linguagem, ecolália imediata e retardada, prosódia e tom de voz alterado, linguagem mais "instrumental" do que "expressiva" e uso idiossincrático das palavras e do jargão. Apenas 32,5% dos utentes utiliza Sistemas de Comunicação Aumentativa e Alternativa (SCAA), sendo na sua maioria sistemas com ajuda, baseados em signos gráficos.

Conclusão: Os resultados obtidos permitiram caracterizar a formação e a atuação profissional do TF, na área da PEA. Relativamente aos seus utentes, com PEA, identificaram-se algumas características mais frequentes e os SCAA mais utilizados. No entanto, não foi possível analisar de forma mais aprofundada, outros aspetos verificando-se a necessidade de realizar novos estudos, uma vez que a atuação do TF nesta área é relativamente recente.

keywords

Autism Spectrum Disorder, Autism, Speech and Language Therapist, Augmentative and Alternative Communication, Communication

abstract

Objective/theme: In the last few years it has been noticed the importance of the Speech and Language Therapist (SLT) work with children with Autism Spectrum Disorder (ASD). Since it is a disorder whose population has, in general, communication and/or language deficits, these therapists are indispensable. The main objective of this study is to characterize the work of the SLT with children with Autism Spectrum Disorders, in Portugal, as well as their formation in this area and identify specific features of language development and communication of these individuals.

Method: A questionnaire was developed through the online tool Google Docs, and filled by 49 SLT that perform functions to 394 users with ASD. Regarding the type and level of research, this study is classified as quantitative and descriptive.

Results/Discussion: The SLT, which are in general "Licenciados" and had additional training in the area of Autism Spectrum Disorders, identified the need for more practical training in this area. In their professional actions they also refer the lack of an assessment test of communication, adapted to the Autism Spectrum Disorders, and more intervention tools. The features most often involved are pragmatic and non-verbal communication. For users with ASD, followed by the SLT, which responded to the survey, most had a clinical diagnosis of Autistic Disorder and attends, the 1st cycle of schooling. As for their communication skills, most children have or had delayed acquisition of language, immediate and delayed echolalia, prosody and tone of voice changed, language more "instrumental" than "expressive" and idiosyncratic use of words and jargon. Only 32.5 % of the patients use Systems for Augmentive and Alternative Communication (SAAC), based on graphic signs.

Conclusion: This study allows characterizing the performance and professional training of the SLT in the area of the ASD. For their patients, with ASD, was identified some characteristics, more frequent and more used SAAC. However, it was not possible to analyze in more detail, other aspects, so further studies are needed, since the activity of ASD's in this area is relatively recent.

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 1 |
| 1.1 Objetivos | 1 |
| 1.2 Estrutura da Dissertação | 2 |
| 2. Revisão Bibliográfica | 3 |
| 2.1 A Perturbação do Espectro do Autismo..... | 3 |
| 2.1.1 Definição | 3 |
| 2.1.2 Perspetiva histórica | 4 |
| 2.1.3 Etiologia..... | 4 |
| 2.1.4 Epidemiologia | 5 |
| 2.1.5 Classificação | 5 |
| 2.1.6 Diagnóstico | 6 |
| 2.1.7 Comunicação e Linguagem em crianças com Perturbações do Espectro do Autismo..... | 6 |
| 2.1.8 Tratamento..... | 9 |
| 2.2 O Terapeuta da Fala e o Autismo | 12 |
| 2.2.1 Definição | 12 |
| 2.2.2 Perspetiva Histórica..... | 13 |
| 2.2.3 O trabalho do Terapeuta da Fala com crianças com PEA | 15 |
| 2.3 Estudos científicos recentes relacionados com o autismo | 19 |
| 2.3.1 Estudos Internacionais..... | 19 |
| 2.3.2 Estudos nacionais | 20 |
| 2.3.3 Algumas questões de investigação sobre o autismo | 21 |
| 3. Metodologia | 22 |
| 3.1 Objetivos concretos do estudo | 22 |
| 3.2 Tipo de estudo | 22 |
| 3.3 Caracterização da Amostra | 23 |
| 3.4 Questionário | 24 |
| 3.5 Recolha dos dados | 26 |
| 3.6 Análise dos dados | 27 |
| 4. Resultados..... | 28 |
| 4.1 Caracterização dos Intervenientes | 28 |
| 4.1.1 A Amostra de Terapeutas da Fala | 28 |
| 4.1.2 Os Utentes com PEA da Amostra de Terapeutas da Fala | 31 |
| 4.2 Caracterização da Atividade Profissional do Terapeuta da Fala..... | 34 |
| 4.2.1 Avaliação | 34 |
| 4.2.2 Intervenção | 35 |
| 4.2.3 Utilização de Sistemas de Comunicação Aumentativos e Alternativos (SCAA) | 36 |
| 4.3 Discussão | 38 |
| 4.3.1 Objetivos do estudo..... | 38 |

| | | |
|-------------|--|----|
| 4.3.2 | Caracterização dos Intervenientes..... | 39 |
| 4.3.3 | Utilização de Sistemas de Comunicação Aumentativa e Alternativa (SCAA) | |
| | 43 | |
| 4.3.4 | Limitações do estudo..... | 43 |
| 5. | Conclusão..... | 46 |
| 5.1 | Resumo do trabalho realizado | 46 |
| 5.2 | Principais resultados e conclusões | 46 |
| 5.3 | Sugestões de continuidade | 47 |
| 6. | Bibliografia | 48 |
| Anexos..... | | 59 |
| | Anexo 1 - Critérios de diagnóstico do DSM IV baseados nos códigos da ICD-10. .. | 60 |
| | Anexo 2 – Pedido de colaboração aos Diretores dos Agrupamentos de Escolas e CRI; | |
| | Informação para Terapeuta(s) da Fala | 63 |
| | Anexo 3 – Lista de UEEA – Ano Letivo 2010/2011 | 65 |
| | Anexo 4 – Rede Nacional de Centros de Recursos para a Inclusão (CRI)..... | 73 |
| | Anexo 5 – Questionário “O Terapeuta da Fala e o Autismo” | 76 |
| | Anexo 6 - Autorização para aplicação do questionário, em meio escolar, pela DGIDC. | |
| | 89 | |
| | Anexo 7 – Figuras e Tabelas..... | 90 |

Índice de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1- Mapa das Unidades de Ensino Estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo no ano letivo 2009/2010.. | 24 |
| Figura 2 - Grau Académico à data da resposta ao questionário | 28 |
| Figura 3 - Mapa de Distribuição do número de TF que responderam ao questionário por Direção Regional de Educação..... | 29 |
| Figura 4 - Distritos nos quais os TF exercem funções..... | 30 |
| Figura 5 - Formas de Contratação dos TF..... | 30 |
| Figura 6 - Número de utentes por diagnóstico clínico..... | 31 |
| Figura 7 - Número de utentes com PEA por ciclo escolar..... | 31 |
| Figura 8 - Número de utentes com PEA por respetivas capacidades comunicativas..... | 32 |
| Figura 9 - Percentagem de TF que consideram as áreas linguísticas mais afetadas nos seus utentes com PEA..... | 32 |
| Figura 10 - Percentagem de TF que têm utentes com PEA com determinadas competências comunicativas..... | 33 |
| Figura 11 - Provas de avaliação da Linguagem utilizadas pelos TF..... | 34 |
| Figura 12 – Profissionais que fazem parte da equipa dos TF..... | 35 |
| Figura 13 - Áreas em que cada TF intervém mais frequentemente..... | 36 |
| Figura 14- Intervenientes no processo de decisão do SCAA, para além do TF..... | 37 |
| Figura 15 – Percentagem de TF, que utiliza determinado <i>Software</i> para elaboração de SCAA..... | 38 |

Lista de Abreviaturas

ALPE – Teste Fonético-Fonológico

APTF – Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala

ASA - *Autism Society of América*

ASHA – *American Speech-Language-Hearing Association*

CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CPOOL – *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopedes de l'Union Européenne*

CRI – Centro de Recursos para a Inclusão

CRTIC - Centros de Recursos TIC para a Educação Especial

DGIDC - Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular

DRE – Direção Regional de Educação da Região Autónoma da Madeira

DREA- Direção Regional de Educação do Alentejo.

DREALG- Direção Regional de Educação do Algarve

DREC- Direção Regional de Educação do Centro

DRELV- Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo

DREN- Direção Regional de Educação do Norte

DSM-IV Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ECPV – Escala da Comunicação Pré-Verbal

ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

GOL-E – Grelha de Observação da Linguagem – Nível Escolar

GPEARI – Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

ISAVE – Instituto Superior de Saúde do Alto Ave

ME – Ministério da Educação

NEE - Necessidades Educativas Especiais

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALPA-P – Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português

PAOF – Protocolo de Avaliação Orofacial

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PECS - *Picture Exchange Communication System*

PGD – Perturbação Global do Desenvolvimento

SCAA - Sistemas de Comunicação Aumentativos e Alternativos

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TALC – Teste de Avaliação da Linguagem na Criança

TF – Terapeuta da Fala

TICL – Teste de Identificação de Competências Linguísticas

TSEER - Técnico Superior de Educação Especial e Reabilitação

UEEA - Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo

1. Introdução

A população com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), apesar de apresentar características diferentes entre si, revela um défice na comunicação, podendo ser mais ou menos grave dependendo do grau de autismo. Algumas crianças não têm capacidade para comunicar oralmente, enquanto outras são capazes de produzir frases completas, de ler e escrever bem (CYNTHIA R. WEITZ, 1996, JORDAN, 2000). O Terapeuta da Fala (TF) é o profissional que intervém ao nível da comunicação e linguagem, sendo o seu trabalho indispensável junto desta população.

Tendo por base estes aspetos, as principais motivações para a realização deste trabalho estão interligadas com o facto de:

- O tema estar relacionado com a atividade profissional da autora deste trabalho (Terapia da Fala), desenvolvida no Centro de Educação Especial "O Ninho". Através de um Projeto de Parceria com três Agrupamentos de Escolas, "O Ninho" reúne técnicos de diferentes áreas para trabalharem com crianças com Necessidades Educativas Especiais, incluindo crianças com PEA, nas escolas que estas frequentam.

- As Perturbações do Espectro do Autismo constituírem uma área de interesse, tanto a nível pessoal como profissional.

- Serem escassos os estudos em Portugal acerca do papel do TF em áreas específicas, nomeadamente, com a população com PEA. Uma investigação nesta área permite obter indicadores importantes, para a formação e trabalho deste profissional de saúde.

Com base no que foi descrito, considera-se importante realizar um estudo acerca do trabalho do TF junto da população com PEA. O questionário foi o método de recolha de informação selecionado para esta investigação, por ser considerado o mais adequado para o âmbito do estudo. Neste sentido, pretende-se aplicar um questionário a TF portugueses, acerca do seu trabalho com utentes com PEA.

1.1 Objetivos

O principal objetivo deste estudo prende-se com a caracterização do TF, nomeadamente, na área da PEA em Portugal, tanto a nível da sua atuação profissional, como da sua formação. Para além disso, pretende-se também caracterizar os seus utentes com PEA.

Relativamente aos objetivos mais concretos, estes são:

- Estudar o papel do TF, identificando as suas necessidades, quer no trabalho com crianças com PEA, quer ao nível da sua formação nesta área.

- Identificar quais os tipos de avaliações utilizadas, quais os processos de planificação e execução de intervenção e a necessidade de elaboração de novos instrumentos de avaliação/intervenção.

- Verificar quais os modelos de integração nas equipas de trabalho e quais as áreas prioritárias de intervenção do TF.

- Identificar os Sistemas de Comunicação Aumentativa e Alternativa, utilizados com crianças sem comunicação verbal.

- Caracterizar os utentes com PEA, relativamente, às suas competências específicas do desenvolvimento da linguagem e da comunicação.

1.2 Estrutura da Dissertação

Após uma primeira abordagem, onde se demonstram as principais motivações e objetivos deste trabalho, no segundo capítulo, apresenta-se a revisão bibliográfica. Nesta é abordada a PEA, identificando-se aspetos que vão desde a sua definição aos diferentes tipos de tratamentos. Ainda neste capítulo, define-se o TF, incluindo uma breve revisão histórica, relacionada com o tema PEA. No final, considerou-se pertinente referir alguns dos últimos estudos, realizados na área da PEA e algumas questões de investigação sobre o autismo.

No terceiro capítulo, encontra-se uma descrição do método utilizado, incluindo o tipo de estudo, a amostra e a forma como foram recolhidos e analisados os resultados obtidos.

No quarto capítulo, descrevem-se estes resultados, seguindo-se uma discussão elaborada com base na bibliografia documentada no segundo capítulo.

Por fim, no quinto capítulo, apresenta-se a conclusão que inclui um resumo do trabalho, os seus principais resultados e sugestões de continuidade para futuras investigações.

2. Revisão Bibliográfica

Neste capítulo faz-se uma revisão de assuntos essenciais para a compreensão do trabalho realizado, incluindo uma abordagem acerca da PEA. Partindo da sua definição, apresenta-se uma perspetiva histórica, a etiologia e aspetos específicos da comunicação e linguagem em indivíduos com esta patologia. Numa segunda parte, é feita uma definição da profissão do TF, incluindo uma perspetiva histórica que correlaciona esta profissão com o tema PEA. Para além disso, são abordados aspetos específicos relacionados com a avaliação e intervenção deste profissional, junto da população com PEA. Na terceira parte, são analisados alguns estudos recentes relacionados com o tema, a nível nacional e internacional, assim como algumas questões de investigação, levantadas nos últimos anos, acerca do tipo de intervenção efetuada com estas crianças.

2.1 A Perturbação do Espectro do Autismo

2.1.1 Definição

O autismo, denominado neste trabalho como Perturbação do Espectro do Autismo¹ (PEA), inclui-se num grupo de perturbações designadas como perturbações globais do desenvolvimento (PGD) (SIEGEL, 2008). As PGD são caracterizadas por alterações graves, em diversas áreas do desenvolvimento, “*competências sociais, competências de comunicação ou pela presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipadas*” (APA, 1996).

A PEA consiste num distúrbio severo do neuro-desenvolvimento, que se caracteriza por dificuldades de **comunicação**, de **interação social**, de utilizar a **imaginação**, de aceitar alterações de rotinas e em controlar comportamentos estereotipados e restritos, desde idades muito precoces (JORDAN, 2000, MELLO, 2004).

Aos três desvios a nível da comunicação, da interação social e da imaginação, foi dado o nome de “Tríade”, em 1979 por Lorna Wing e Judith Gould. Apresentando estas três características, é possível identificar um padrão comportamental restrito e repetitivo, no entanto, com um nível de inteligência que pode variar entre o atraso cognitivo e níveis acima da média (MELLO, 2004).

O autismo é, assim, um distúrbio do comportamento que consiste numa tríade de dificuldades:

- **Comunicação** - dificuldade em utilizar corretamente todos os aspetos da comunicação verbal e não-verbal;
- **Sociabilização** - dificuldade em socializar-se com os outros, de partilhar sentimentos, gostos e emoções e de discriminar diferentes pessoas;
- **Imaginação** - rigidez e inflexibilidade em várias áreas do pensamento, linguagem e comportamento da criança (MELLO, 2004).

Autores como Baron-Cohen, defendem uma “teoria da mente” sugerindo que as dificuldades de crianças com PEA em estabelecerem relações interpessoais eficazes, devem-se a ausências na deteção de intencionalidade e na atenção conjunta, no geral, na

¹ No livro publicado pelo Ministério da Educação, “Unidades de Ensino Estruturado para Alunos com Perturbações do espectro do Autismo: Normas orientadoras”, de 2008 e noutros artigos e livros consultados é adotada a designação “Perturbação do espectro do Autismo” em substituição do termo “Autismo”.

compreensão de comportamentos do seu interlocutor e até mesmo de si próprio (JORDAN, 2000, LEVY et al., 2009, TAMANAHA et al., 2008, VOLKMAR et al., 2003)

2.1.2 Perspetiva histórica

No início dos anos 40, Dr. Leo Kanner (médico austríaco, residente nos EUA), escreveu um artigo sobre o autismo, intitulado “*Autistic Disturbances of Affective Contact*” - Distúrbios Autísticos do Contacto Afetivo. Neste artigo descreveu um quadro clínico grave, que segundo Antunes, 2009, atualmente é visto como autismo “Clássico”. Segundo Mello, 2004, no ano seguinte a Kanner escrever o seu artigo (1944), Hans Asperger (médico austríaco), escreve também outro artigo com o título “*Psicopatologia Autística na Infância*”, no qual descreve crianças semelhantes às descritas por Kanner, porém eram inteligentes e tinham uma linguagem quase normal.

Contudo, apenas em 1981, após a psiquiatra britânica Lorna Wing traduzir o artigo de Hans Asperger, para inglês é que o seu trabalho se tornou conhecido. Lorna Wing foi a primeira a utilizar o termo *Síndrome de Asperger* (SA), para descrever um grupo de pessoas que não satisfazia os critérios de autismo utilizados até então (ANTUNES, 2009, HOWLIN, 2005, MELLO, 2004).

Desde essa altura, o conceito de autismo mudou radicalmente, modificando-se de uma perturbação comportamental “*de limites bem definidos, quadro clínico preciso e estereotipado*”, para “*uma patologia com um espectro de gravidade e sintomas variáveis*” (ANTUNES, 2009).

2.1.3 Etiologia

Após Kanner descrever o autismo, nos anos 40, as abordagens etiológicas eram vistas como controversas. Kanner salientava um carácter altamente intelectual dos pais, que ocasionaria alterações no desenvolvimento psicoafetivo da criança. Considerava também que as alterações comportamentais poderiam ter por base um fator biológico, dificultando a aceitação de uma causa puramente relacional (TAMANAHA et al., 2008, VOLKMAR et al., 2003).

A procura de respostas acerca da precocidade das manifestações clínicas levou à criação de novas teorias acerca da etiologia do autismo. Surgiram, então, abordagens que defendem uma etiologia orgânica. Comparativamente às teorias que defendem uma etiologia de base afetiva, estas defendem uma origem orgânica (TAMANAHA et al., 2008). Recentemente, Mello, 2004, acredita que a origem resida em malformações, em alguma parte do cérebro, ainda não definida de forma conclusiva e provavelmente, de origem genética.

Estudos recentes apontam para a hipótese da origem do autismo estar associada a uma alteração neuro-anatómica, ou seja, os sujeitos autistas podem apresentar um modelo neuro-anatómico, extremamente masculino. Este facto resulta de uma exposição do feto, no período pré-natal, a níveis elevados de testosterona, o que explicaria a maior prevalência nos rapazes. Segundo os mesmos autores, o cérebro masculino tem menos capacidade de empatia em geral, do que o cérebro feminino e tem uma maior necessidade de sistematização, o que explicaria os défices em termos de socialização e o funcionamento cerebral essencialmente sistemático de crianças com PEA (ANTUNES, 2009, TAMANAHA et al., 2008).

Autores como Levy et al., defendem que a Perturbação do Espectro do Autismo tem uma origem genética, sendo a probabilidade entre irmãos de 20 a 80 vezes superior relativamente à população em geral (LEVY et al., 2009, O’ROAK et al., 2008). Verifica-se

uma grande percentagem de familiares de crianças com PEA, com comportamentos sociais desadequados, atrasos no desenvolvimento da linguagem social (pragmática) e movimentos estereotipados, embora de forma mais moderada (JORDAN, 2000, LEVY et al., 2009, PIVEN et al., 1997).

Em crianças gémeas monozigóticas existe uma maior percentagem de probabilidade (60–90%) de uma delas apresentar uma PEA, relativamente a gémeos dizigóticos em que a percentagem reduz para 10%. Estes resultados, em termos de fenótipo, sugerem que a origem do autismo é multifatorial, podendo dever-se a fatores como uma exposição a elementos tóxicos ou a alterações na diferenciação celular (LEVY et al., 2009).

2.1.4 Epidemiologia

Não se sabe ao certo, o número de indivíduos com autismo existente em todo o mundo. A incidência varia de acordo com o critério utilizado por cada autor. Em 1988, Bryson e col., realizaram um estudo no Canadá, em que obtiveram uma estimativa de 1:1000; isto é, em cada mil crianças nascidas uma tinha autismo. Segundo a mesma fonte, o autismo é mais frequente em pessoas do sexo masculino do que em pessoas do sexo feminino (GONÇALVES et al., 2008, MELLO, 2004).

Em 2006, Rice publicou um estudo acerca da prevalência do autismo em 11 áreas dos Estados Unidos da América (EUA), Alabama, Arizona, Colorado, Florida, Georgia, Maryland, Missouri, North Carolina, Pennsylvania, South Carolina e Wisconsin. De entre 307.790 crianças de 8 anos de idade, que residem nesses onze locais dos EUA, foram identificadas 2,757 (0.9%) como tendo uma PEA, perfazendo uma estimativa de 9,0 crianças por 1.000 habitantes (RICE, 2006).

Segundo informações da ASA - *Autism Society of América*, em fevereiro de 2007, o CDC - *Centers for Disease Control and Prevention* emitiu um relatório onde estudava a prevalência do autismo. O relatório, que analisou uma amostra de crianças de 8 anos de idade entre 2000 e 2002, concluiu que a prevalência do autismo era de 1 em cada 150 crianças norte-americanas, e quase 1 em cada 94 rapazes (AS, 2008).

Em Portugal, um estudo recentemente publicado concluiu que a prevalência da PEA, por cada 10000 crianças, em idade escolar, é de cerca de 9, em Portugal Continental e, aproximadamente de 16, nos Açores, ocorrendo predominantemente no sexo masculino (3 rapazes para 1 rapariga) (ARAÚJO, 2008, GONÇALVES et al., 2008, OLIVEIRA et al., 2007a).

Na Região Autónoma dos Açores (RAA), a prevalência é de 15,6 em cada 10000 crianças. Em 2008, Araújo realizou um estudo na Região Autónoma da Madeira (RAM) e obteve os seguintes resultados: a prevalência das PEA na RAM, em crianças nascidas entre os anos 1999 e 2001, é de 1,9 por 1000 crianças. Para além disso, indica que o diagnóstico mais frequente entre as PEA é o de Perturbação Autística e o género predominante, o masculino (ARAÚJO, 2008).

2.1.5 Classificação

Existem vários sistemas utilizados para a classificação do autismo. Os mais comuns são a ICD-10 - *Classificação Estatística das Doenças e Problemas de Saúde Relacionados*, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1992, na sua décima versão, e o DSM-IV - *Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais da Academia Americana de Psiquiatria* (APA, 1996, MELLO, 2004).

O DSM-IV, 1996, inclui nas Perturbações Globais do Desenvolvimento a Perturbação Autística, a Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, a Perturbação de Asperger e a Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Segundo APA, 1996, a **Perturbação Autística** é algumas vezes referida como *autismo infantil precoce*, *autismo infantil* ou *autismo de Kanner*.

A **Perturbação de Rett**, relativamente à Perturbação Autística, apresenta uma taxa de prevalência maior nas mulheres. Na Perturbação de Rett, há um padrão característico de desaceleração do crescimento craniano, perda de competências manuais intencionais previamente adquiridas, má coordenação da marcha ou movimentos do tronco mal coordenados. A **Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância** apresenta um padrão distinto de regressão evolutiva e surge, pelo menos, após dois anos de desenvolvimento normal, enquanto na Perturbação Autística são identificáveis anomalias no desenvolvimento, logo no primeiro ano de vida. Na **Perturbação de Asperger** não há atraso no desenvolvimento da linguagem, no entanto é caracterizada por um défice qualitativo na interação social e um padrão de interesses e de atividades mais restritivos. A **Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (incluindo o Autismo Atípico)** é caracterizada por um défice grave e global no desenvolvimento da interação social recíproca, ou nas competências de comunicação verbal e não-verbal. Esta categoria inclui casos, que não preencham os critérios para “Perturbação Autística”, devido a uma idade de início mais tardia, uma sintomatologia atípica ou subliminar, ou por todos estes fatores em conjunto (APA, 1996). Em anexo (Anexo 1) encontram-se os critérios de diagnóstico do DSM- IV baseados nos códigos da ICD-10.

2.1.6 Diagnóstico

O diagnóstico do autismo é realizado por uma equipa treinada e especializada, através da avaliação do quadro clínico, não existindo testes laboratoriais específicos para a sua deteção. O médico solicita exames para investigar condições que possam ter causas identificáveis (ANTUNES, 2009, MELLO, 2004). De salientar que, embora possam surgir precocemente alguns sinais de alerta que apontem para a presença de autismo, raramente o diagnóstico é conclusivo antes dos vinte e quatro meses, sendo os trinta meses a idade média mais frequente em que é diagnosticado (MELLO, 2004).

Existe um conjunto de provas desenvolvidas nos EUA, como ADI (*Autism Diagnostic Interview*), ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule*) e o CARS (*Children Autism Rating Scale*) que são auxiliares de um diagnóstico, que depende essencialmente do julgamento clínico, mas que ajudam na sua confirmação (ANTUNES, 2009).

2.1.7 Comunicação e Linguagem em crianças com Perturbações do Espectro do Autismo

Como foi referido, inicialmente neste capítulo, as dificuldades ao nível da socialização, imaginação e comunicação constituem uma tríade de sintomas que caracterizam estas crianças. Uma vez que a principal área de intervenção do TF está ligada às perturbações da comunicação e linguagem, será apenas analisado, de uma forma mais aprofundada, as características comunicativas presentes nesta patologia (CPLOL, 2003).

A comunicação é “*um processo dinâmico, natural e espontâneo que exige a interação de, pelo menos, duas pessoas, com vista à partilha de necessidades,*

experiências, desejos, sentimentos e ideias.”(SIM-SIM et al., 2008). Através de uma combinação de competências cognitivas, motoras, sensoriais e sociais, o ato comunicativo pode assumir diferentes formas (CASTRO et al., 2000, FRANCO et al., 2003). É possível comunicar através de gestos, sons, cheiros, utilizando diferentes canais para transmitir uma mensagem (CASTRO et al., 2000).

A linguagem é a forma de comunicar mais importante da vida humana, sendo constituída por um sistema convencional de símbolos e de regras para a sua combinação. Representa mensagens, que se pretendem transmitir através de um código socialmente partilhado, designado por língua (CASTRO et al., 2000, FRANCO et al., 2003). A linguagem pode ser oral, ou seja, constituída por uma organização de sons, palavras e frases, ou escrita, constituída por um sistema simbólico, que pode ser rececionado através da leitura ou expresso através da escrita (FRANCO et al., 2003).

Segundo Jordan, 2000, a linguagem e a comunicação desenvolvem-se em conjunto, sendo difícil identificar quando estas duas aptidões se processam por vias diferentes. Apesar de a comunicação estar na base da aquisição da linguagem, em crianças com PEA a linguagem pode desenvolver-se sem saberem como a utilizar para comunicar. Não compreendem de que modo a linguagem pode ser utilizada pragmaticamente, na criação de vários significados e, para além disso, também não compreendem o sentido literal das palavras e das frases (JORDAN, 2000). No entanto, a presença de um atraso nesta área não deve ser um fator exclusivo na deteção do autismo, pois todas as crianças apresentam variações na idade em que utilizam as primeiras palavras (JORDAN, 2000, SIEGEL, 2008).

Dentro das PEA podemos encontrar crianças com grandes variações nas capacidades linguísticas e comunicativas. Tendo em conta a severidade da perturbação, a criança pode apresentar dificuldades comunicativas (como por exemplo, ausência de uso de gestos, ausência de expressão facial) e alterações linguísticas que vão desde a ausência de fala até ao uso peculiar da mesma (TAMANAHHA et al., 2008).

2.1.7.1 Comunicação não-verbal

A comunicação não-verbal, ou seja, a que não utiliza sinais verbais (como a fala ou a escrita), encontra-se alterada em crianças com PEA, tanto a nível da compreensão como da expressão, relativamente a outras crianças da mesma faixa etária (ROGÉ et al., 1998). Segundo Siegel, 2008, a comunicação não-verbal é um meio bastante rico de transmitir necessidades e emoções. Porém, as crianças com PEA necessitam de aprender a comunicar não verbalmente, tal como um adulto necessita de aprender uma língua estrangeira.

Normalmente a ausência de fala, comparando com crianças da mesma idade, é o primeiro sinal de alerta para os pais (SHORT et al., 1988). Porém, antes de surgir a linguagem verbal oral (fala), existem outras características que não são visíveis em crianças com PEA, como por exemplo o comunicar através de um olhar persistente, as expressões faciais, sons e gestos (LORD et al., 1997).

O **gesto** é algo que os recém-nascidos começam a utilizar desde cedo, por exemplo, para pedir colo e objetos. Porém, na maioria das vezes, crianças com PEA, podem não ter esta capacidade ou são muito lentas a adquiri-la, havendo necessidade de serem ensinadas a fazê-lo. Em substituição, normalmente, desenvolvem o conduzir pela mão, ou seja, o pegar na mão do adulto e dirigi-lo diretamente para aquilo que querem. Os gestos mais típicos nestas crianças vão desde a simples manipulação de objetos, até a gestos consistentes, ritmados e estereotipados, sem revelar qualquer interesse pelo adulto que possa estar junto a si (FERNANDES, 2005, SIEGEL, 2008).

No final do primeiro ano de vida, surge a atenção conjunta, que inclui o dirigir a atenção de forma a partilhar uma interação comunicativa (MENEZES et al., 2008). Aos dois anos de idade, as crianças com PEA, tipicamente, apresentam um **contacto ocular** “anormal”. Este pode assumir a forma de olhar ausente, ou de olhar muito breve. Uma criança com PEA, responde apenas a uma parte restrita do seu meio envolvente, podendo ignorar estímulos, como pessoas a entrar ou a sair do seu campo de visão, porém, pode dar uma atenção excessiva a alguns objetos ou movimentos dos mesmos (JORDAN et al., 1990, MENEZES et al., 2008, ROGÉ et al., 1998, SIEGEL, 2008).

Relativamente à **prosódia e tom de voz**, é possível detetar alterações. Quando a linguagem surge corretamente constituída, a fala pode apresentar um carácter repetitivo e um tom de voz alterado. A qualidade da voz pode ser atonal e monótona ou estridente e sem modulação (JORDAN, 2000, ROGÉ et al., 1998, SIEGEL, 2008).

Segundo Lord, 1989, crianças com PEA, em idades relativas ao pré-escolar, que conseguem utilizar eficazmente capacidades de comunicação não-verbal, como por exemplo o gesto, desenvolvem de uma forma mais eficaz a linguagem compreensiva e numa idade mais precoce do que crianças que apresentam um défice acentuado na comunicação não-verbal (LORD et al., 1989, LORD et al., 1997).

2.1.7.2 *Desenvolvimento da Linguagem*

Tendo em conta que o diagnóstico de uma PEA é feito apenas a partir dos 3 ou 4 anos de idade, existe pouca informação acerca do desenvolvimento da linguagem nestas crianças, antes dos 3 anos, a não ser através de descrições ou filmagens feitas pelos pais (LORD et al., 1997).

O ritmo de desenvolvimento da linguagem, por parte das crianças com PEA, difere em vários aspetos do de outras crianças da mesma idade, existindo, normalmente, um atraso entre os 0 e os 5/6 anos. De facto, este é um dos primeiros indicadores de que há algo atípico no desenvolvimento da criança (SIEGEL, 2008). Numa primeira fase, algumas palavras começam a ser utilizadas, porém, por vezes, é seguida de uma perda de aquisições, identificando-se uma **perda precoce de linguagem**, tipicamente, entre os 15 a 22 meses de idade. A criança desenvolve um vocabulário reduzido, produzindo algumas palavras e expressões curtas, que depois desaparecem por completo. Por outro lado, pode haver uma “estagnação” na quantidade de vocabulário adquirido (ROGÉ et al., 1998, SIEGEL, 2008).

Existe um pequeno número de crianças com autismo que, apesar de ocasionalmente dizerem algo, normalmente, remetem-se ao **mutismo**. Dependendo dos estudos que são tomados como referência, cerca de 25 a 40% de crianças com autismo, são descritas como remetendo-se ao mutismo ao longo das suas vidas (MELLO, 2004, SIEGEL, 2008). Autores como Rollins e Snow, 1998 defendem ainda que estas crianças apresentam uma **linguagem** mais “**instrumental**” do que “expressiva”, sendo a maior parte da linguagem “provocada” em vez de “espontânea”. Ou seja, são capazes de desenvolver o uso instrumental da linguagem, sem desenvolver capacidades da sua aplicação em termos sociais (ROLLINS et al., 1998).

Uma outra característica comum é a **ecolália**, sendo que muitas das crianças, que apresentam linguagem verbal, repetem simplesmente o que lhes foi dito, minutos ou mesmo dias antes (JORDAN, 2000, MELLO, 2004). A ecolália retardada (repetição do que foi dito dias antes), normalmente, emerge mais tarde, do que a ecolália imediata (repetição do que foi dito minutos ou mesmo segundos antes), uma vez que, requer uma memória auditiva mais desenvolvida. Porém, no estudo realizado por Santos, 2009, com uma

amostra de crianças com PEA portuguesas, não se verificou uma presença significativa de ecolália.

A **memória auditiva** (memória de sons) progride a um ritmo normal, em indivíduos com PEA. Através da memorização de sons, estas crianças tentam compensar o défice ao nível da capacidade de compreensão, sendo por isso a ecolália uma característica típica do seu discurso (LORD et al., 1997, SIEGEL, 2008).

Relativamente à **morfossintaxe**, segundo Siegel, 2008, as crianças com autismo confundem pronomes como "eu" e "tu" e referem-se a elas mesmas na terceira pessoa do singular. No entanto, em 2009, Santos refere no seu estudo, que o uso de pronomes pessoais é reduzido, por parte de crianças com PEA, não se tendo verificado a dificuldade esperada no uso do pronome "eu", nem a ocorrência de inversão de pronomes, como referido por Siegel. Santos refere, ainda, que as classes morfológicas mais utilizadas são os nomes e verbos, seguidos de determinantes, preposições e advérbios. Para além disso, verificou que os verbos mais utilizados são o "estar" e o "ser" e os tempos verbais, o presente e o infinitivo (SANTOS, 2009).

Segundo Lord, 1997, as crianças com PEA, entre os 3 os 5 anos de idade, utilizam frases que descrevem apenas uma ação ou objeto que está presente. Ao longo dos anos, a **estrutura frásica** vai aumentando, em número de palavras, referentes a eventos ou objetos que não estão presentes. Santos, 2009, no seu estudo, confirma a existência de uma elevada frequência de frases curtas, predominando as que têm 1 ou 2 palavras. Conclui também que crianças, com autismo severo, utilizam frases mais curtas e apresentam uma percentagem superior de utilização de verbos isolados (SANTOS, 2009).

Alguns autores defendem que o uso **idiossincrático das palavras e de jargão** é outra característica comum, ou seja, quando a criança dá o seu próprio sentido a uma palavra ou expressão, com base na sua experiência, sem se preocupar se o seu interlocutor a entende ou não (KLIN, 2006, SIEGEL, 2008, TAGER-FLUSBERG, 2000). Contudo, no estudo de Santos, 2009, já referido, verificou-se que a grande maioria da amostra não apresentava discurso idiossincrático ou estereotipado, sugerindo uma relação inesperada entre estas variáveis.

A **pragmática** é outra área linguística que está bastante afetada nestas crianças. Existe uma grande dificuldade em falar de forma intencional, tendo em conta o contexto social. Para além disso, têm dificuldades na compreensão e na utilização da expressão facial, postura corporal e gestos. A sua comunicação é muito mais dirigida para uma satisfação de necessidades do que para uma partilha ou troca de interesses (JORDAN, 2000). No estudo realizado por Silva, em 2010, acerca das competências pragmáticas no autismo, verificou-se que a amostra de crianças com PEA apresenta grandes dificuldades na compreensão da linguagem não literal, nomeadamente, do humor e do sarcasmo (SILVA, 2010). A ausência destes comportamentos sociais dificulta outras capacidades comunicativas, como a intenção comunicativa, o início e a manutenção de um tópico de conversa (BERNARD-OPTIZ, 1982).

2.1.8 Tratamento

O tratamento pode ser dividido em dois grupos: farmacológico e não farmacológico. Ambos os tratamentos têm como objetivo atenuar sintomas, sendo que, no primeiro, são utilizados agentes químicos, para melhorar funcionamentos metabólicos e atenuar comportamentos desadequados. O tratamento não farmacológico tem como principais

objetivos melhorar a tríade de sintomas do autismo, alterações na comunicação, imaginação e socialização.

2.1.8.1 Farmacológico

Ainda hoje existe uma grande controvérsia acerca da farmacologia a utilizar em crianças com PEA. No entanto, é preciso ter em conta que os medicamentos podem ser prescritos para diferentes sintomas associados à PEA, sem existir nenhum que seja considerado eficaz no tratamento do autismo como um todo (LEVY et al., 2009, SIEGEL, 2008). Os sintomas mais comuns são hiperatividade, agressividade, autoagressão, estereotípias, obsessões, ansiedade, depressão e perturbações do sono. A medicação pode ser também prescrita para problemas associados, como a epilepsia (HOWLIN, 1997). Assim sendo, utilizam-se alguns fármacos para a ansiedade, como os antidepressivos, os estimulantes para a hiperatividade e neurolépticos ou anti psicóticos para a agressividade (SIEGEL, 2008, VOLKMAR et al., 2003).

2.1.8.2 Não Farmacológico

Atendendo ao facto das dificuldades de desenvolvimento, manifestadas por crianças com PEA, se deverem também à forma como estas são aceites e compensadas pelo meio ambiente, a inclusão de crianças e jovens com PEA, em meio escolar, requer, por vezes, a prestação de apoios diferenciados e adequados às suas individualidades (GONÇALVES et al., 2008).

Os procedimentos utilizados para o aumento de competências sociais, ou de comunicação, têm sido muitas vezes inflexíveis, tendo em conta poucos fatores individuais, tais como o nível de desenvolvimento da criança, ou a situação familiar. Nos anos 70, através do trabalho desenvolvido por Michael Rutter, as intervenções e tipos de tratamento tornaram-se mais individualizados, tendo em conta aspetos individuais das crianças com PEA, as suas capacidades sociais, comunicativas e cognitivas (HOWLIN, 2005).

Atualmente existem diversos profissionais a intervir com crianças com PEA, como Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Terapeutas da Fala e outros, que não têm uma linha formal que caracterize o tipo de intervenção utilizada com estas crianças. O trabalho destes profissionais depende diretamente da sua experiência, dos objetivos e do seu bom senso (MELLO, 2004). Segundo, Araújo, 2008, na RAM, os utentes com PEA são acompanhados por equipas com diferentes profissionais e verifica-se que, em todas as equipas, existe um Professor Especializado ou um Educador Especializado. Para além disso, o profissional que mais acompanha os utentes com PEA é o Psicólogo e o que menos as acompanha, o Fisioterapeuta.

Entre os tratamentos não farmacológicos, destacam-se alguns pela sua eficácia em termos de intervenção e pela sua utilização ao longo dos anos (HOWLIN, 2005).

2.1.8.2.1 Floortime

Em crianças mais novas, com um grau de Autismo mais grave, existem diversas estratégias de intervenção; a mais comum é o “*Floortime*”. Através desta estratégia, privilegia-se a relação terapeuta/criança, para que esta última atenda à interação social e adeque o seu comportamento às situações sociais.

2.1.8.2.2 TEACCH

O método TEACCH “*Treatment and Education of Autistic and related Communication-handicapped Children*” estrutura e organiza o ambiente físico, através de rotinas e da utilização de material visual claro, de forma a proporcionar um bom ambiente para a aprendizagem. Esta organização visa promover a independência da criança (ANTUNES, 2009, HOWLIN, 2005, MELLO, 2004). Desenvolvido por Eric Schopler e pelos seus colaboradores na década de 70, nos EUA, é utilizado como um elemento de diagnóstico, de avaliação e de intervenção. O seu principal objetivo é ensinar aos pais técnicas comportamentais e métodos de educação especial que respondam às necessidades dos filhos com autismo (GONÇALVES et al., 2008, WATSON, 1985). Em Portugal, o método TEACCH tem vindo a ser utilizado como resposta educativa, em escolas de ensino regular para alunos com PEA, desde 1996 (GONÇALVES et al., 2008).

2.1.8.2.3 ABA

O método **ABA** “*Applied Behavior Analysis*” tem como objetivo dotar as crianças de capacidades, que elas ainda não possuem, através da sua introdução por etapas. É uma técnica cognitivo-comportamental, que tem como principal característica o treino condicionado, ou seja, a repetição de comportamentos que posteriormente são penalizados ou reforçados (ANTUNES, 2009, MELLO, 2004).

Mello, 2004, faz uma crítica a este método e ao TEACH referindo que podem conduzir a uma robotização das crianças, quando o objetivo deve ser uma intervenção precoce, que promova o desenvolvimento da criança, para que esta possa ser o mais independente possível na sua vida ativa.

2.1.8.2.4 Terapias alternativas,

Dentro das terapias alternativas, segundo Howlin, 2005, a Comunicação Facilitada (CF), Integração Auditiva e Integração Sensorial são das poucas terapias que foram submetidas a avaliação experimental.

A **Comunicação Facilitada** é um meio facilitador da comunicação desenvolvido inicialmente para crianças com paralisia cerebral, que mais tarde foi adotado também para pessoas com autismo. Caracteriza-se pelo uso de um facilitador, que apoia o pulso ou o braço, e um teclado, oferecendo um suporte físico necessário para serem transmitidas as mensagens. O uso de CF, em crianças com PEA, é baseado na premissa de que muitas das dificuldades destas crianças resultam de uma incapacidade física de se expressar e não de défices sociais e de comunicação (HOWLIN, 2005, MELLO, 2004).

A **Integração Auditiva** foi desenvolvida pelo otorrinolaringologista francês Guy Berard nos anos 60. Berard considerava que algumas das características do autismo eram resultado de uma disfunção sensorial. Através deste método, a criança ou o adulto, adaptar-se-ia a sons intensos, ouvindo algumas frequências de música, processadas eletronicamente, através de auscultadores, durante duas sessões de 30 minutos, ao longo de um período de 10 dias. Alguns autores acreditam que este método pode ajudar a diminuir a sintomatologia associada ao autismo (HOWLIN, 2005, MELLO, 2004).

Não só em crianças com PEA, mas também noutras crianças, as dificuldades de aprendizagem e de controlo de comportamentos são muitas vezes causadas por um défice na integração sensorial (AYRES, 2005, HOWLIN, 2005). A **Integração Sensorial** é muito utilizada nos Estados Unidos por Terapeutas Ocupacionais e por Terapeutas da Fala (MELLO, 2004). Consiste numa técnica que visa integrar e organizar sensações e informações, que chegam ao corpo da criança, através de brincadeiras que envolvam movimentos, equilíbrio e sensações tácteis. Os materiais mais comumente utilizados

nesta técnica são, trampolins, escorregas, túneis, bolas terapêuticas, brinquedos e outros. São também realizadas massagens através do toque, de vibradores, de cremes, entre outros (MELLO, 2004). É através da integração sensorial que detetamos a força da gravidade e os movimentos do corpo em relação à Terra. Algumas crianças com PEA têm tido ganhos significativos, enquanto noutras os ganhos são quase nulos (AYRES, 2005, MELLO, 2004).

2.2 O Terapeuta da Fala e o Autismo

2.2.1 Definição

De forma a compreender melhor o trabalho do TF, junto de crianças com PEA, considera-se importante apresentar a sua definição.

O CPLOL é o Comité Permanente de Ligação de Terapeutas da Fala e Logopedas na União Europeia. Atualmente, segundo esta organização, o TF *“é o profissional responsável pela prevenção, avaliação, tratamento e realização de estudos científicos acerca da comunicação humana e perturbações associadas. Neste contexto, a comunicação engloba todos os processos associados à compreensão e expressão de linguagem oral e escrita, bem como formas adequadas de comunicação não-verbal”* (CPLOL, 2003).

Segundo a mesma fonte, o TF intervém em perturbações articulatórias, distúrbios da voz (de origem funcional ou biológica), perturbações da linguagem oral, perturbações da linguagem escrita e perturbações que afetem o raciocínio matemático e lógico. Para além disso, promovem a leitura labial para pessoas com défices auditivos e o desenvolvimento da linguagem verbal oral, em crianças, como no caso do autismo, afasia e outros distúrbios da linguagem de origem neurológica. O TF intervém também ao nível das alterações da deglutição e promove a comunicação em pessoas com distúrbios cerebrais, associados ao envelhecimento. Através do seu trabalho, ajuda os utentes a regressar ao seu estilo de vida educacional, profissional, social e cultural. Para isso, colabora com os médicos do seu utente e com os seus familiares e amigos (CPLOL, 2003).

O TF realiza uma avaliação preliminar, no intuito de identificar, tanto quanto possível, a causa do distúrbio/perturbação e faz o diagnóstico e prognóstico, para posteriormente avaliar se a terapia é necessária e quais as técnicas mais indicadas. Em terapia, individual ou em grupo, o TF utiliza a sua experiência clínica para aplicar técnicas, que permitam a todos os utentes maximizar as suas competências verbais e/ou não verbais, potencializando a comunicação total (CPLOL, 2003).

Em relação aos seus locais de trabalho, na Europa, o TF pode exercer a sua profissão em diferentes setores, de acordo com as situações socioeconómicas do seu país. No setor da saúde, especialmente em hospitais, em centros terapêuticos e de reabilitação, em instituições médico-educacionais, em centros especiais para crianças com deficiência, em unidades de psiquiatria infantil, em lares de idosos ou em consultórios particulares. No setor da educação, o TF pode exercer funções em unidades especiais e escolas de ensino regular, que integrem crianças com deficiência, como as Unidades de Ensino Estruturado para alunos com PEA (CPLOL, 2003).

Tanto em meio hospitalar como escolar, o TF pode acompanhar utentes com PEA. No entanto, como é salientado na secção seguinte deste capítulo, nos últimos anos verificou-se um aumento de contratações de técnicos, especialmente de TF, para exercerem funções com crianças com PEA, nas escolas em que estas se inserem. Assim, tendo em conta o reforço nesta área por parte do Ministério da Educação, existe uma maior

probabilidade de utentes com PEA, estarem a ser acompanhados nas escolas, em substituição do meio hospitalar.

O TF também realiza trabalhos na área da prevenção (serviços especiais de prevenção e despiste de problemas de saúde e sociais) e, por fim, na área de combate ao analfabetismo (CPLOL, 2003).

Em 2006, a CPLOL tinha associadas 25 organizações profissionais de TF e Logopedas em 23 países europeus. Representando estas organizações mais de 50.000 profissionais (WALSH, 2010). Em Portugal, na Listagem dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica da Administração Central do Sistema de Saúde, em junho de 2011 constavam 1564 TF (ACSS, 2011, citado por BATISTA, 2011).

Atualmente, a Terapia da Fala é estudada de forma sistemática nas universidades, em mais de uma centena de países e existe formalmente há mais de um século (CRF, 2010). Em Portugal existem 5 Universidades públicas, com o curso de Terapia da Fala e 5 Universidades privadas (APTF, 2010).

2.2.2 Perspetiva Histórica

Segundo Sonninen & Damste, 1971, as ciências da comunicação têm uma base que resulta da ligação de três grandes áreas: a Linguística, a Psicologia e a Medicina, sendo a sua evolução, ao longo do tempo, influenciada por estas grandes disciplinas.

Relativamente aos países europeus, em 1900, a Hungria reconheceu e criou a primeira faculdade de Terapia da Fala no mundo, sendo a primeira referência formal a existir relativa a esta profissão (CRF, 2010).

No Brasil, a profissão é denominada como Fonoaudiologia. Neste país, é possível identificar o início da profissão, em 1854, na época do Colégio Imperial, para crianças com défice visual. No ano seguinte, foi criado o Colégio Nacional, destinado ao ensino das crianças com défice auditivo. Em 1912, documentos comprovavam que a Fonoaudiologia já se diferenciava da educação especial, com o início de pesquisas específicas, relacionadas com distúrbios da voz e da fala, e com o início de cursos de orientação a professores (CRF, 2010).

Relativamente aos países Europeus, nos anos 50, a Medicina evoluiu o conhecimento acerca da anatomia, fisiologia e patologia humanas, importantes para o desenvolvimento da Terapia da Fala (DUCHAN, 2010). Segundo Walsh, 2010, em 1950 a formação de TF foi moldada pela especialidade médica, sendo o TF considerado como um assistente de médicos, num paradigma paramédico (WALSH, 2010).

Uma década antes, em 1940, Kanner “descobria” o autismo e, apesar de ter em conta as dificuldades em termos sociais associadas, considerava que o défice comunicativo era a maior dificuldade destas crianças. Porém, esta visão do autismo, como uma perturbação assente em défices comunicativos, foi esquecida entre os anos 50 e 60, quando começaram a surgir as teorias psicodinâmicas, passando o autismo a ser visto como uma perturbação emocional. Nesta altura, apesar da formação dos primeiros TF, o “treino da linguagem” foi constantemente ignorado, apesar dos esforços de Kanner em enfatizar os défices linguísticos, a Terapia da Fala incidia principalmente nas dificuldades articulatórias e não era apropriada para estas crianças (SCHOPLER et al., 1985).

Nos anos 70, Schopler e Reichler demonstraram que o autismo não é uma desordem emocional. Apenas nesta altura, a intervenção do TF começou a evoluir, tendo por base o desenvolvimento normal da linguagem e a intervenção, já realizada até aqui, com crianças com autismo. Em 1980, houve uma grande evolução nas intervenções, existindo vários

estudos desta época acerca da importância da intervenção na comunicação, que ainda são utilizados hoje em dia (MORATO, 2007, SCHOPLER et al., 1985, WALSH, 2010).

Em Portugal, a intervenção do TF tem sido influenciada pelo modelo biomédico, que pressupõe que o terapeuta se coloque ao serviço da “doença”/perturbação (REBELO et al., 2006). Em 1998, Rebelo concluiu que 70% dos TF em Portugal trabalham com perturbações da linguagem, sendo que 42% são crianças e 31% adolescentes (REBELO, 1998).

Em 2007, foi aprovado o Tratado de Lisboa, onde é feita uma referência à Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. O artigo 26º analisa a igualdade na integração das pessoas com deficiência, afirmando que a União Europeia reconhece e respeita o direito das pessoas com deficiência, de beneficiarem de medidas destinadas a garantir a sua independência, social e profissional e a integração e participação na vida ativa (BARTHÉLÉMY et al., 2010). Em 2007 o Comité de Ministros do Conselho Europeu dá ênfase à necessidade de combinação das terapias e aprendizagem no sistema educacional, de forma a dar resposta a crianças com PEA (COUNCIL OF EUROPE, 2007).

No ano seguinte, em Portugal, foram criadas as primeiras Unidades de Ensino Estruturado para Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo (UEEA). Segundo o Decreto-lei nº 3, de 7 de janeiro de 2008, Artigo 25º, as UEEA *“constituem uma resposta educativa especializada desenvolvida em escolas ou Agrupamentos de Escolas que concentrem grupos de alunos que manifestem perturbações enquadráveis nesta problemática.”* Esta lei apresenta regulamentação, no que diz respeito aos objetivos das UEEA e das escolas que têm estas unidades sediadas, sendo que um dos objetivos (alínea 6-d) é *“Assegurar os apoios necessários ao nível de Terapia da Fala, ou outros que se venham a considerar essenciais.”*

Segundo as normas orientadoras da Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC), *“considera-se conveniente, para um grupo de 6 alunos, a atribuição de (...) Terapeuta da Fala, em tempo a determinar (...)”* e *“O Terapeuta e o Psicólogo poderão pertencer ao agrupamento ou a serviços exteriores à escola, designadamente instituições de educação especial ou centros de recursos especializados”*(GONÇALVES et al., 2008).

A atividade do TF pertence ao Serviço Não Docente, sendo que os Agrupamentos de Escolas, que não disponham de recursos humanos necessários, podem mesmo recorrer à aquisição deste serviço, nos termos legal e regulamentarmente fixados (ME, 2008). O Ministério da Educação (ME) salienta que estas unidades não são mais uma turma da escola. Todos os alunos estão inseridos numa turma de referência, usufruindo das UEEA, enquanto recurso pedagógico especializado das escolas ou Agrupamentos de Escolas. Estas unidades constituem uma resposta educativa específica para alunos com PEA e podem ser criadas em qualquer nível de ensino (GONÇALVES et al., 2008).

Por outro lado, as escolas especiais (CERCI e IPSS) têm vindo, nos últimos anos, a privilegiar, cada vez mais, o desenvolvimento de atividades de apoio às escolas do ensino regular com alunos com deficiências e incapacidade, no âmbito das áreas curriculares específicas, das terapias, da transição para a vida ativa e também da intervenção precoce. Muitos destes centros definem-se atualmente como “Centro de Recursos para Inclusão” (CRI) de apoio a professores, a técnicos, a pais e a outros profissionais (DGIDC, 2007b). Constituiu objetivo geral do CRI *“apoiar a inclusão das crianças e jovens com deficiências e incapacidade, através da facilitação do acesso ao ensino, à formação, ao trabalho, ao lazer, à participação social e à vida autónoma, promovendo o máximo potencial de cada indivíduo, em parceria com as estruturas da comunidade”*(DGIDC,

2007b). Desde 2009, estes Centros de Recursos para a Inclusão, têm requisitado técnicos como Psicólogos, TF e Terapeutas Ocupacionais para apoiar os alunos que frequentam as UEEA.

2.2.3 O trabalho do Terapeuta da Fala com crianças com PEA

Segundo Balestro, 2009, o interlocutor da criança com autismo, muitas vezes, não consegue interpretar o que esta diz, pois grande parte do seu discurso apresenta-se na forma de ecolália e com uma ligação difícil ao contexto da conversa. Outras crianças não apresentam linguagem verbal oral, o que torna ainda mais difícil uma comunicação eficaz. Esses, entre outros motivos, levam a família a procurar um TF.

Atualmente, no trabalho do TF junto do indivíduo com PEA, destacam-se a avaliação e a intervenção nos problemas de comunicação, linguagem e fala. (AMA, 2010). No entanto, o seu trabalho continua a ser discutido pois, anteriormente, a intervenção baseava-se em questões como a construção frásica, a articulação das palavras e em questões mio-funcionais orais. Sendo as principais dificuldades de crianças com PEA a aquisição de competências básicas para a comunicação e o seu uso em contextos sociais, essas intervenções acabavam por ser ineficazes (BALESTRO et al., 2009, WETHERBY et al., 1997).

Como já referido, o TF é responsável pela avaliação e intervenção nas perturbações da comunicação, linguagem e fala. Assim, considerou-se pertinente dividir esta secção em Avaliação e Intervenção. A utilização de Sistemas de Comunicação Aumentativos e Alternativos constitui uma área importante na intervenção do TF com estas crianças, assim, considerou-se importante referir quais os sistemas considerados por diferentes autores, como mais adequados/utilizados para a PEA.

2.2.3.1 Avaliação

Previamente ao processo de avaliação, o TF deve fazer uma entrevista/anamnese. A anamnese é um documento de registo singular de cada indivíduo, que constitui um instrumento fundamental para a avaliação e diagnóstico em Terapia da Fala (ANDRADE, 2008).

A avaliação deve ter em conta, não só aspetos da linguagem e fala, mas também da comunicação, deglutição e voz. No entanto, como as perturbações da linguagem e comunicação são características salientes em crianças com PEA, considerou-se relevante abordar provas de avaliação, aferidas para o português de Portugal, a nível da linguagem e comunicação (WETHERBY et al., 2001). Segundo Andrade, 2008, a existência de instrumentos de avaliação da linguagem, que cubram as suas várias dimensões, é ainda muito precária em Portugal. Esta carência é muitas vezes colmatada com recurso a avaliações informais da comunicação e da linguagem, realizadas pelos próprios TF ou através de traduções de provas em inglês para o Português Europeu, como os testes, *Escala da Comunicação Pré- Verbal (ECPV) - Pre-Verbal Communication Schedule* (KIERNAN et al., 1987), *Bankson Language Test* (BANKSON, 1990) e *Reynell Developmental Language Scales* (REYNELL et al., 1987), (ANDRADE, 2008). Relativamente aos testes de avaliação da linguagem, aferidos em Portugal, estes são: *Teste de Avaliação da Linguagem Oral* (TALO), (SIM-SIM, 1997), *Teste de Identificação de Competências Linguísticas* (TICL) (VIANA, 1998), *Grelha de Observação da Linguagem Nível Escolar* (GOL-E), (SUA-KAY et al., 2003), *Teste de Avaliação da Linguagem na Criança* (TALC), (SUA-KAY et al., 2006) e *Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português* (PALPA-P), (KAY et al., 2007). No que diz respeito aos testes de avaliação da

articulação verbal estes são, *Teste de Articulação Verbal* (TAV) (SUA-KAY et al.), (GUIMARÃES et al., 1997), *Teste de Avaliação da Produção Articulatória de Consoantes do Português Europeu* (TAPAC-PE), (FALÉ et al., 2001) e *Teste Fonético-Fonológico* (ALPE) (MENDES et al., 2009).

É a partir dos resultados da avaliação que o TF pode desenvolver planos de intervenção e estratégias, adaptados à realidade de cada criança (ANDRADE, 2008, PEREIRA, 1996).

2.2.3.2 Intervenção

Em crianças com dificuldades na comunicação, ou com défices linguísticos, como as crianças com PEA, a intervenção terapêutica deve ter como principal objetivo uma comunicação funcional, tendo por base, as características individuais da criança. Desta forma, é possível prevenir os efeitos secundários dessa dificuldade, a nível da socialização (LORD et al., 1997, WETHERBY et al., 1997).

O reconhecimento da variabilidade individual de cada criança, em resposta a cada metodologia de intervenção, tem levado, nos últimos anos, a uma mudança no tipo de atuação. Atualmente o TF utiliza estratégias que dependem muito da sua capacidade de iniciativa, de imaginação e de adaptação de tipos de intervenção às necessidades e capacidades de cada criança (HOWLIN, 1999).

A nível do desenvolvimento da linguagem, a intervenção deve favorecer o seu uso funcional e a sua função de comunicação. Se a linguagem for trabalhada de forma rígida e separada de um contexto de comunicação, isto fará com que a criança tenha dificuldade em compreender o que é a comunicação (VOLKMAR et al., 2003).

Simpson, et. al., 2005, referem que existem vários métodos de intervenção terapêutica que, apesar de se intitularem como adequados para crianças com PEA, muitos continuam sem base científica que comprove a sua eficácia. Qualquer filosofia ou método de intervenção deve ser reavaliado, constantemente, no intuito de se verificar se os objetivos propostos estão a ser atingidos (SIMPSON et al., 2005).

Entre todas as áreas linguísticas, nomeadamente semântica, morfossintaxe, fonologia e pragmática, esta última é uma área de especial relevância na intervenção do TF no autismo pois, como já foi referido, o uso social da linguagem é a área mais deficitária nestas crianças (MORATO, 2007).

Segundo AMA, 2010, os principais objetivos da Terapia da Fala, na intervenção junto de indivíduos com PEA, devem ser:

- Potencializar e promover a comunicação e linguagem, de acordo com cada individualidade;
- Fornecer estratégias e apoiar a família, a escola e/ou outros interlocutores para trabalhar com pessoas com PEA;
- Preparar e estruturar os vários contextos que envolvam o indivíduo e a sua família;
- Potencializar uma comunicação funcional e o desenvolvimento da linguagem e da fala;
- Recorrer ao uso da comunicação aumentativa e/ou alternativa.

Com base no que foi descrito, anteriormente, não é possível delinear um plano de intervenção específico, que seja aplicável a todos os utentes com PEA. A intervenção do TF vai incidir, principalmente, nas áreas referidas na secção 2.1.7, que estejam mais lacunares em cada criança.

2.2.3.2.1 Utilização de Sistemas de Comunicação Aumentativos e Alternativos (SCAA)

O TF na intervenção com crianças, com dificuldades na comunicação, recorre à Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) com o objetivo de promover/compensar, de uma forma temporária ou permanente, incapacidades/dificuldades de expressão (GARCIA, 2003). Segundo Durand et al., 2001, os défices comunicativos são, por vezes, a causa de muitos problemas comportamentais, em crianças com PEA. Uma comunicação funcional, através do ensino de CAA, pode ajudar a resolver problemas comportamentais (DURAND et al., 2001).

Em crianças que não apresentam linguagem verbal oral, é necessário ensinar-lhes outra alternativa. Algumas aprendem a falar, mas necessitam de um meio aumentativo que potencialize a sua comunicação (JORDAN, 2000). A escolha do Sistema de Comunicação Aumentativo e Alternativo (SCAA) depende do indivíduo, do ambiente/contexto em que este se insere e dos seus interlocutores. O SCAA deve satisfazer as necessidades comunicativas da pessoa e, ao mesmo tempo, deve estar adequado às suas capacidades (GARCIA, 2003, JORDAN, 2000).

Dentro dos SCAA existem sistemas sem ajuda, com ajuda e mistos. Os **sistemas sem ajuda** não necessitam de nenhum instrumento, nem auxílio técnico para além do corpo da pessoa, como por exemplo, gestos do uso comum, gestos idiossincráticos e a Língua Gestual Portuguesa (ALMIRALL et al., 2003). Inicialmente, o sistema alternativo mais utilizado com crianças com PEA, era baseado na língua gestual da comunidade surda Americana e Britânica. Para muitas crianças com défices no desenvolvimento, a língua gestual é uma abordagem mais visual, no domínio sensório-motor e mais concreta, relativamente à fala (SIEGEL, 2008).

Embora este sistema seja simples, a necessidade de memorização dos gestos, o facto de estes serem abstratos e de ser necessária a utilização das duas mãos, para o seu significado ser bem compreendido, tornam este sistema menos eficiente para crianças com PEA. Para além disso, pequenas alterações nos movimentos das mãos e braços podem comprometer a transmissão da mensagem. Estudos indicam que simples gestos icónicos, ou seja, aqueles em que o significado resulta de uma ação, como levantar uma mão em direção à boca para pedir um copo de água para beber, são mais fáceis de adquirir do que os mais abstratos (HOWLIN, 1999, KONSTANTAREAS M., 1978).

Nos anos 70, tendo em conta a dificuldade de crianças autistas em utilizar os gestos, houve necessidade de se utilizarem novos sistemas de comunicação utilizando símbolos, desenhos ou cartões escritos (JORDAN, 2000). Denominados como **sistemas com ajuda**, estes podem ser baseados em elementos muito representativos, em signos gráficos ou em signos abstratos. Estes sistemas requerem a utilização de um suporte físico, ou auxílio técnico (ALMIRALL et al., 2003).

Os **sistemas com ajuda, baseados em elementos muito representativos** podem recorrer à utilização de objetos reais, de parte de objetos ou de fotografias. Estes sistemas exigem menos capacidades cognitivas, linguísticas e de memória, do que os gestos e também podem ser utilizados pelos seus interlocutores (HOWLIN, 1999). O formato das imagens deve ser simples, claro e organizado, aspetos que, segundo Howlin, 1999, tornam este sistema muito apropriado para crianças com PEA.

Um **sistema com ajuda, baseado em signos abstratos**, como a ortografia tradicional, apesar de ser utilizado pela maioria das pessoas falantes, em crianças com dificuldades em compreender sinais abstratos, torna-se difícil a sua aquisição.

Os **sistemas com ajuda, baseados em signos gráficos**, são configurações que podem representar diferentes conceitos. Neste tipo de sistema, incluem-se o Sistema *Bliss* os Símbolos Pictográficos para a comunicação (SPC) e o *Picture Exchange Communication System* (PECS) (ALMIRALL et al., 2003, BEUKELMAN et al., 1998).

Em 1974, Premack e Premack realizaram estudos com crianças autistas, em que utilizaram símbolos plásticos. Apesar dos resultados serem positivos em ambiente experimental, estes símbolos tinham desvantagens, como o facto de serem artificiais e com uma aplicação limitada ao dia a dia da criança. Em contrapartida, começaram a surgir sistemas como o *Rebus* e o *Bliss* que combinam símbolos pictográficos² com fala e/ou gestos e que se tornam muito mais vantajosos (HOWLIN, 1999).

Mais tarde, a criação de *software*³ possibilitou a elaboração de um grande número de símbolos diferentes, de forma rápida, como o *Boardmaker - Picture Communication Systems* (MAYER-JOHNSON, 1997). O *Boardmaker* é um banco de dados gráficos, que contém cerca de 3.000 símbolos de comunicação. Pode ser utilizado para fazer símbolos de qualquer tamanho, bem como construir tabelas de comunicação, cartazes ou livros simples, de forma a serem possíveis de utilizar, em diferentes contextos e para diferentes fins (por exemplo, para a sala de aula ou para os cadernos "diários" ou mesmo para os teclados de computador).

O sistema *The Picture Exchange Communication System* (PECS) de Frost e Bondy, 1996, é um meio de comunicação aumentativo e alternativo, concebido para crianças com PEA, que utiliza o *software Boardmaker*. É baseado na troca de um cartão, com um símbolo, por um objeto/alimento desejado. O treino inicia-se com a escolha de objetos, alimentos ou atividades favoritos da criança. Depois, esta é conduzida a entregar o cartão ao formador que, em seguida, lhe entrega o objeto, alimento ou outro, correspondente ao símbolo apresentado pela criança. Nesta abordagem a criança tem de participar ativamente, de forma a identificar as imagens e removê-las de um caderno de comunicação, dispostas através de fita de velcro. Alguns autores como Bondy e Frost, consideram que esta troca promove uma comunicação mais eficaz, do que simplesmente o apontar para uma foto (HOWLIN, 1999, SIMPSON et al., 2005). Segundo Simpson et al., 2005, a maior vantagem do método PECS, é o facto de aumentar o número de interações comunicativas espontâneas e de não necessitar de pré-requisitos para ser implementado.

Estes sistemas de símbolos apresentam várias vantagens, mais concretamente o facto de dependerem do reconhecimento da imagem, em vez da memorização da mesma e poderem ser elaborados de diferentes formas, dependendo de cada criança. Através destes símbolos, também podem ser feitas, facilmente, combinações de “palavras” para formar frases (HOWLIN, 1999).

Por outro lado, este tipo de sistema tem também uma série de desvantagens, como o facto de tornar a comunicação lenta e inflexível e dificultar a transmissão de relações sintáticas. Para além disso, quando as crianças se tornam proficientes a utilizar o sistema, há um aumento do número de símbolos utilizados pela mesma, tornando mais difícil a sua transportação (HOWLIN, 1999).

Finalmente, os **sistemas mistos**, como o *Makaton*, idealizado por Margaret Walker em 1980, foi desenvolvido especificamente para crianças com dificuldades de aprendizagem, que eram incapazes de utilizar sistemas de língua gestual tradicionais. Este caracteriza-se pela utilização de gestos muito simples, concretos e que apenas exigem o

² Símbolos Pictográficos – são desenhos lineares mais simples e neutros do que as imagens (ALMIRALL et al., 2003).

³ Programa de computador com manuais e especificações.

uso de uma mão. No entanto, existem poucas evidências que as crianças com autismo consigam utilizar eficazmente este método (ALMIRALL et al., 2003, HOWLIN, 1999).

Ralf W., Schlosser, 2008, realizaram uma revisão sistemática de estudos escritos entre 1975 e maio de 2007, no intuito de identificar os efeitos da CAA na produção de discurso, em crianças com autismo ou outra perturbação do desenvolvimento não especificada. Os resultados indicaram que uma intervenção promotora de CAA, não impede a produção de discurso e, pelo contrário, pode resultar num aumento da produção da fala, porém, os ganhos observados são baixos (SCHLOSSER et al., 2008).

2.3 Estudos científicos recentes relacionados com o autismo

Nesta secção serão abordados alguns estudos científicos realizados a nível nacional e internacional. Para isso, foram realizadas pesquisas através de motores de busca como o *b_on* e o *google scholar*. Foram também utilizadas revistas de artigos científicos, tais como: *American Journal of Speech-Language Pathology*, *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, *European Child & Adolescent Psychiatry* e *Pró-Fono*. As palavras-chave mais utilizadas para a pesquisa foram, “Comunicação”, “Autismo”, “Linguagem”, “Intervenção”, “Terapeuta da Fala”, “Fonoaudiólogo”, “Speech Language Therapist”, “Autism”. A seleção dos artigos foi baseada nos resultados alcançados, por cada autor, para identificar quais as áreas mais lacunares, em termos de investigação científica.

Importa realçar que, relativamente ao trabalho do TF com a PEA, os estudos encontrados foram realizados no Brasil e Estados Unidos da América, sendo por isso relativamente escassos.

2.3.1 Estudos Internacionais

Ao longo dos últimos 50 anos, têm sido promovidos diferentes tipos de tratamentos, que prometem melhorias significativas, ou mesmo curas, para as crianças com PEA. No entanto, existem poucos estudos científicos, acerca destas metodologias que comprovem realmente a sua eficácia (HOWLIN, 2005).

Pesquisas recentes sugerem que os resultados mais positivos derivam de intervenções precoces e intensivas a nível comportamental. Contudo, permanecem muitas questões sobre a idade ideal em que o tratamento deve ser iniciado, a sua intensidade e outras variáveis que podem afetar os resultados (HOWLIN, 2005, SIMPSON et al., 2005).

O estudo realizado por Fernandes, 2005, “*Resultados de Terapia Fonoaudiológica com adolescentes com diagnóstico inserido no espectro autístico*”, teve como principal objetivo comparar os resultados alcançados, após um período de seis meses de Terapia Fonoaudiológica, entre um grupo de adolescentes e outro grupo de crianças. Para isso, foram analisados os dados referentes ao perfil funcional de comunicação e ao desempenho sócio-cognitivo, de 12 adolescentes e 12 crianças. No grupo de adolescentes, foram identificados progressos consistentes em apenas uma das dez áreas observadas e, nas crianças, foram identificadas cinco áreas em que obtiveram progressos. Os resultados reforçam assim a importância da terapia, a nível linguístico, o mais precoce possível (FERNANDES, 2005).

Em 2006, Green V. et al, realizaram um estudo, com o objetivo de identificar quais as terapias mais procuradas, pelos pais/familiares de crianças com PEA. Obtiveram informação de 552 famílias, acerca de 111 tratamentos diferentes. Os pais referiram que os seus filhos beneficiam de uma média de 8 tratamentos, sendo a Terapia da Fala, o mais

utilizado por estas famílias (cerca de 70% referiu beneficiar desta terapia) (GREEN et al., 2006).

O estudo “*Sujeitos Autistas em Terapêutica Fonoaudiológica grupal*”, realizado no Brasil, em 2007, teve como principais objetivos, refletir sobre a Terapia Fonoaudiológica com indivíduos com autismo, analisar o papel do grupo terapêutico, verificar comportamentos em contexto de grupo e, por fim, refletir sobre o papel de mediação do Fonoaudiólogo nestas situações. Os resultados demonstram que, os participantes não demonstram interação efetiva, sendo necessária uma mediação constante do Terapeuta. Por outro lado, numa intervenção em grupo, a interação tende a tornar-se intensa e constante, existindo mais possibilidades de desenvolvimento da linguagem do que na terapia individual (PANHOCÁ et al., 2007).

Hess et. al., 2007, realizaram um estudo na Geórgia, EUA, no intuito de identificar as estratégias utilizadas na educação de crianças com PEA. Efetuaram entrevistas a 185 professores, sobre 226 crianças com PEA, desde o ensino pré-escolar ao secundário. A análise revelou que, a escolha de estratégias (pedagogia, integração sensorial, modificação cognitiva comportamental, assistência tecnológica e histórias sociais) a utilizar, é feita em função do ano de escolaridade e do tipo de sala de aula (por exemplo, ensino regular, educação especial). Os resultados destacam, a necessidade de formação do educador, antes e durante a aplicação destas estratégias, e ainda a importância de continuar a investigação no intuito de obter provas científicas que documentem que tipo de estratégias se devem utilizar, em escolas públicas, com alunos com PEA (HESS et al., 2007).

No Brasil, Balestro, realizou, em 2009, um estudo descritivo intitulado de “*Terapia Fonoaudiológica em três casos do espectro autístico*”. O objetivo deste trabalho foi analisar as estratégias do Terapeuta na intervenção a nível da linguagem. Foi realizada uma análise qualitativa da interação dialógica, de três indivíduos com PEA, entre os 6 e os 8 anos de idade, antes e após três meses de terapia. Os indivíduos aumentaram a sua participação dialógica, em situações de interação verbal, apresentando progressos no desenvolvimento da linguagem. As estratégias terapêuticas mais eficazes consistiram em atribuir um significado às frases dos indivíduos com PEA, conferindo-lhes um sentido e mantendo o tópico de conversa (BALESTRO et al., 2009).

Nas últimas décadas, existem várias propostas de intervenção em Terapia da Fala. Destaca-se a importância atribuída às capacidades comunicativas, à linguagem associada a capacidades sociais e cognitivas e à inclusão da “terapia da linguagem” em programas institucionais (FERNANDES, 2005).

2.3.2 Estudos nacionais

Em 2007, Oliveira et al, conduziram um estudo piloto em Portugal, com o título “*Epidemiology of Autism Spectrum Disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions*”. Analisando os resultados deste mesmo estudo, verifica-se que a prevalência de crianças com PEA, em Portugal Continental é de 9,2 em 10000 e de 15,6 em 10000, nos Açores. Para além da prevalência, verificaram também que 11.7% dos pais destas crianças referem uma regressão no desenvolvimento da linguagem (uma perda de 5 palavras que tinham sido utilizadas em 3 meses anteriores) (OLIVEIRA et al., 2007b).

Em 2008, Araújo na sua tese de mestrado apresenta os seguintes resultados: o modelo de intervenção mais utilizado na RAM é o TEACCH; cerca de 40% das crianças/jovens são acompanhadas diretamente por um TF e cerca de 58% apresentam

linguagem verbal oral, sendo realizado pouco recurso aos SCAA, que são também pouco diversificados. Esta autora concluiu também que os docentes têm algumas dificuldades em utilizar SCAA, verificando-se pouco recurso aos mesmos. De notar que uma grande percentagem de crianças com PEA, que faziam parte da amostra deste estudo, não apresentava linguagem verbal oral, porém, menos de metade das crianças eram acompanhadas diretamente por um TF, o que pode justificar o escasso uso de SCAA. Este facto, também identifica a necessidade de TF na RAM, sendo considerado o profissional mais em falta nesta zona (ARAÚJO, 2008).

Em 2009, Santos, realizou também a sua tese de mestrado na área do autismo, com o título “*A linguagem em crianças com Perturbações do Espectro do Autismo – Análise Morfossintática*”. A sua amostra era constituída por 45 crianças com PEA e tinha o principal objetivo de verificar quais as classes morfológicas, mais utilizadas por estas crianças. Os principais resultados deste estudo, relativamente à morfossintaxe, foram já referidos na secção 2.1.7.2.

Em 2010, foi realizada uma tese de mestrado, com o título “*Estudo de Competências Pragmáticas no Autismo: Sarcasmo e Humor*”, pela TF Alexandra Silva. A autora verificou que a amostra de crianças com PEA apresenta dificuldades na compreensão da linguagem não literal, nomeadamente, do humor e do sarcasmo. No seu estudo foi avaliado o nível de compreensão, por parte destas crianças, de anedotas tendo-se verificado que a maioria não compreendeu o significado das mesmas.

De salientar o facto das teses de mestrado de Araújo, Santos e Silva também terem sido realizadas pela Universidade de Aveiro, nomeadamente, pelo mestrado em “Ciências da Fala e da Audição” e as autoras serem também TF, evidenciando um crescente interesse em estudar a área do autismo, por parte de TF e desta instituição.

2.3.3 Algumas questões de investigação sobre o autismo

Como proposto por Hill, 2000, é importante referir quais as principais questões de investigação, que levaram à construção do instrumento de recolha de dados, neste caso o questionário (descrito no capítulo 3 deste trabalho). Relativamente ao trabalho do TF, a falta de estudos em áreas específicas acerca da atuação deste profissional, como no caso do autismo, salienta a necessidade de abordar este aspeto. No que concerne ao tema “PEA”, diversos autores, já documentados bibliograficamente, referem a necessidade de estudar quais as principais características individuais destes utentes e quais os tipos de tratamentos mais eficazes. Autores como Almirall et al., 2003, e Howlin, 1999, sugerem a necessidade de avaliar a eficácia dos tratamentos, incluindo o tipo de SCAA a utilizar com estes utentes.

Volkmar, F. et al, 2003, consideram que, apesar de nos últimos anos terem sido desenvolvidas várias “check-lists” e escalas de avaliação, deveriam ser utilizados instrumentos de avaliação mais baseados nas capacidades de cada criança. Sugerem também uma investigação mais aprofundada das razões que contribuem para algumas crianças, que têm uma intervenção precoce, não evoluírem tão satisfatoriamente como outras.

Schlosser et al, 2008, sugerem que se desenvolva uma investigação futura, cujos resultados identifiquem características básicas, em crianças com PEA, que devem ser avaliadas antes da implementação de um SCAA (SCHLOSSER et al., 2008).

3. Metodologia

Neste capítulo, é feita uma descrição do tipo de estudo e identificados os seus objetivos concretos. Apresenta-se também uma descrição da amostra, ou seja, a natureza da população utilizada no processo de amostragem, o questionário, os métodos utilizados para recolher os dados e a forma como estes foram analisados.

3.1 Objetivos concretos do estudo

Com este estudo, pretende-se caracterizar o trabalho do TF com crianças com PEA, assim como identificar as capacidades comunicativas destas crianças. O objetivo principal é identificar qual a formação do TF que trabalha com utentes com PEA, quais os modelos de integração nas equipas de trabalho, nomeadamente nas UEEA, os tipos de avaliações e processos de planificação e execução de intervenção mais utilizados e a sua eficácia, bem como as necessidades e dificuldades no trabalho com crianças com PEA. O segundo objetivo visa caracterizar as competências comunicativas de crianças com PEA, em Portugal, e os sistemas de comunicação aumentativos e alternativos mais utilizados, pelas que não apresentam comunicação verbal oral.

3.2 Tipo de estudo

Tendo em conta a criação das UEEA, pelo Ministério da Educação, “*enquanto recurso pedagógico especializado das escolas ou Agrupamentos de Escolas*” (DGIDC, 2010b) e o aumento de contratações de TF por parte deste Ministério, de forma a apoiar crianças com PEA, considerou-se pertinente realizar um estudo que pudesse “avaliar” a forma como este apoio está a decorrer. Ou seja, pretendeu-se questionar o maior número possível de TF que trabalhem com crianças com PEA, de forma a compreender e caracterizar o trabalho/papel deste profissional na área da educação.

Para recolher a informação necessária, na elaboração deste estudo, considerou-se que um inquérito por questionário estruturado seria a forma mais indicada, tendo em conta as suas vantagens e desvantagens, apresentadas de seguida.

Um questionário “*consiste em colocar, a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimento (...) ou ainda sobre outro ponto que interesse aos investigadores*”(QUIVY et al., 1992).

Segundo Silva, 2008, este método “*constitui uma das técnicas de recolha de informação mais utilizada no âmbito da investigação, uma vez que permite o tratamento quantitativo das informações e o posterior trabalho estatístico, objectivando informação e apresentando uma forte capacidade de captar os aspectos contabilizáveis dos fenómenos*”. O questionário apresenta desvantagens, como o facto de ser limitativo, no que diz respeito à variedade de questões e respostas obtidas. No entanto, para além do anonimato, necessário para a preservação da autenticidade das respostas, possibilita um conjunto de respostas a um conjunto de perguntas, sem que seja necessária a relação direta entre o investigador e o sujeito inquirido (SILVA, 2008).

Relativamente à modalidade de investigação, este estudo classifica-se como quantitativo quanto à abordagem e descritivo quanto ao nível.

A abordagem quantitativa tem como características principais, ser focalizada, pontual e estruturada, utilizando dados quantitativos. A recolha de dados realiza-se através da obtenção de respostas estruturadas, sendo os resultados generalizáveis (TANAKA et al., 2004).

3.3 Caracterização da Amostra

Pretendeu-se incluir neste estudo uma amostra, o mais representativa possível, da população de Terapeutas da Fala, que exercem funções com utentes com PEA, em Portugal.

Nos últimos anos, assistiu-se a um aumento do número de contratações destes técnicos, para trabalhar com crianças com esta problemática, por parte do Ministério da Educação. Apesar de muitos TF serem contratados por diferentes tipos de instituições, como já referido, e apoiarem também utentes com PEA, optou-se por enviar o questionário aos TF cujo trabalho se insere no meio educacional.

Como descrito na secção 2.2.2, do Capítulo 2 deste trabalho, as UEEA constituem uma resposta educativa para crianças/jovens com PEA, desde 2008, podendo, estas matricular-se e frequentar os Agrupamentos de Escolas independentemente da sua área de residência (ME, 2008). Os Agrupamentos de Escolas, sede das UEEA, têm possibilidade de contratar TF, ou realizar um projeto de parceria com um CRI, em que é este último quem contrata os técnicos para exercerem funções nas UEEA das escolas.

Recentemente, quem realiza o contrato com o técnico tanto pode ser o CRI como o Agrupamento de Escolas, sede da UEEA. Assim sendo, como não existe ainda uma organização concreta em todo o país de “quem” é que contrata o técnico optou-se por enviar o questionário para preenchimento, por parte dos TF, para todas as escolas com UEEA e todos os CRI existentes em Portugal.

Foi então enviado um e-mail, que solicitava aos Diretores, tanto dos Agrupamentos de Escolas como dos CRI, que encaminhassem aos TF, que coordenam e que exercem funções com utentes com PEA, uma “Informação para Terapeuta(s) da Fala” (Anexo 2). Este documento continha um pedido de colaboração no estudo, assim como, o link de preenchimento online do questionário. Existindo a possibilidade de um mesmo TF receber o mesmo pedido por parte do CRI ou do Agrupamento de Escolas, para que não surgissem equívocos, foi explicado, na introdução do questionário, que se o TF já tivesse preenchido o inquérito não o deveria voltar a preencher.

Em anexo (Anexo 3) encontram-se todas as UEEA existentes, no ano letivo de 2010/2011, referentes a cada Direção Regional de Educação, nomeadamente, DREN - Direção Regional de Educação do Norte, DREC- Direção Regional de Educação do Centro, DRELVT- Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo, DREA - Direção Regional de Educação do Alentejo e DREALG -Direção Regional de Educação do Algarve, perfazendo um total de 222 UEEA em Portugal Continental pertencentes a 170 Agrupamentos de Escolas.

Relativamente aos CRI, no ano letivo de 2010/2011, existiam em Portugal Continental 74 centros (Anexo 4).

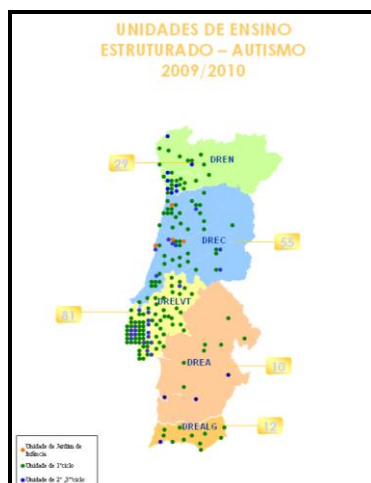


Figura 1- Mapa das Unidades de Ensino Estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo no ano letivo 2009/2010⁴. Adaptado de (DGIDC, 2010b).

Como dificilmente se obteria resposta, de todos os TF que trabalham em UEEA, utilizou-se um método de amostragem casual, ou, como refere Hill, 2000, “métodos probabilísticos”. Segundo o mesmo autor, os métodos de amostragem casual são preferíveis quando o investigador pretende generalizar com confiança, para o Universo os resultados obtidos através da amostra.

De uma forma geral, foram enviados pedidos de colaboração para todas as regiões com UEEA, segundo as diversas regiões de Portugal Continental, identificadas no questionário por Direções Regionais de Educação, com o objetivo de obter uma amostra o mais representativa possível. No entanto, como apenas alguns TF responderam, obteve-se uma amostra aleatória de cada região, Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

3.4 Questionário

Para a elaboração do questionário, inicialmente, identificaram-se os principais aspetos a focar, tendo em conta os objetivos deste estudo e trocas de informação realizadas, com o orientador deste trabalho.

Foi utilizada informação, contida na revisão bibliográfica e em estudos realizados anteriormente na área da PEA, como o estudo realizado por Santos em 2009 e por Araújo em 2008. Neste último, foi utilizado o mesmo método (inquérito por questionário), só que neste caso, foi aplicado a professores.

Como proposto por Hill, 2000, foi realizado um estudo preliminar, através de “entrevistas pouco estruturadas” e “discussões em grupo”, com alguns TF que trabalham em zonas diferentes do país com crianças com PEA, em UEEA. No intuito de selecionar as questões, a incluir na versão final, foi realizado um pré-teste do questionário, proposto pelo mesmo autor, ou seja, aplicou-se uma versão preliminar a uma pequena amostra da população em estudo, de forma a verificar a adequação das perguntas e das escalas de resposta do questionário. Pretendeu-se obter um “*layout*” de leitura fácil, com uma linguagem acessível ao leitor e, portanto, de fácil compreensão (HILL et al., 2000). As questões foram simplificadas no intuito de facilitar a sua resposta sendo de:

⁴ Para o ano letivo de 2010/2011, ainda não foi publicado, pela DGIDC, um mapa atualizado com as UEEA existentes em Portugal.

- Resposta aberta, como por exemplo, “Que provas informais utilizou na avaliação da Comunicação de utentes com PEA? Indique que aspetos da comunicação avaliou em cada um”;
- Resposta fechada:
 - Dicotómicas (resposta “sim”, “não”), como por exemplo “O Tema da sua Dissertação estava relacionado com a PEA? R: Sim/Não;
 - Opção múltipla - o inquirido podia optar por mais do que uma resposta ou apenas por uma só, como por exemplo, “Qual considera ser a área em que existe maior necessidade de uma prova aferida para o português, com uma amostra constituída por utentes com PEA? a) Comunicação b) Linguagem c) Articulação Verbal d) Todas e) Other: “.

O questionário encontrava-se dividido em duas partes principais. Na primeira, com o título “Formação Académica”, foram colocadas questões acerca da formação académica e pós académica do TF. Na segunda parte, “Caracterização da Atividade Profissional”, questionaram-se aspetos da carreira, na área da PEA e características dos seus utentes.

Relativamente à **formação académica**, considerou-se pertinente identificar as habilitações académicas dos TF que responderam a este questionário, as formações realizadas na área da PEA e a necessidade de mais formação/informação nesta área. Uma vez que a PEA não está incluída nos planos curriculares do curso de Terapia da Fala, nas Universidades em Portugal, apesar de ser abordada em algumas das disciplinas, pretendeu-se verificar se esse aspeto poderá condicionar a intervenção do TF nesta área.

Na segunda parte, na secção acerca da **carreira na área da PEA**, pretendeu-se caracterizar o trabalho do TF, como técnico superior de saúde, nas escolas, uma vez que se encontra a atuar na área da educação, numa perspetiva de escola inclusiva (COSTA, 2007).

Quanto aos **utentes** com PEA, pretendeu-se saber quais os diagnósticos clínicos mais frequentes, dentro do Espectro do Autismo e qual a escolaridade em que se encontravam.

Para identificar as **avaliações** utilizadas pelos TF, foi-lhes questionado quais as provas mais utilizadas, na avaliação da Comunicação, Linguagem, Articulação Verbal e outras áreas, que considerassem importantes avaliar em utentes com PEA. Com estas questões pretendia-se verificar que provas são mais utilizadas, na avaliação destes utentes, e a necessidade de elaboração de novas provas de avaliação. Para além disso, pretendeu-se saber se as provas utilizadas eram formais, ou seja, testes padronizados, ou informais, elaborados ou adaptados pelos mesmos, para responder às necessidades de avaliação, não estando por isso padronizados.

Pretendeu-se também, caracterizar a **intervenção** do TF, ou seja, identificar as áreas em que trabalha mais frequentemente, o tipo de sessões (em grupo ou individuais) e o número de utentes com PEA, que acompanham em apoio direto e indireto. Outro objetivo era caracterizar a equipa, em que cada TF se insere, para dar apoio a utentes com PEA e identificar o modelo de intervenção.

Os TF foram também questionados, acerca do uso dos **Sistemas de Comunicação Aumentativos e Alternativos (SCAA)**, nomeadamente o número de utentes, com PEA, que utilizam SCAA, que tipo de Sistema comunicativo utilizam mais, a forma como foi decidida a implementação do SCAA, os contextos em que o utente o utiliza, o tipo de *software* usado e se estes utentes, já foram avaliados por um Centro de Recursos TIC para

a Educação Especial⁵. Como referido na revisão bibliográfica, ao longo dos anos, têm sido discutidos os SCAA mais eficazes em crianças com PEA, sendo que diversos estudos mencionam a falta de investigação nessa área. Assim considerou-se pertinente colocar esta questão, ao profissional responsável pelo “tratamento e realização de estudos científicos acerca da comunicação humana e perturbações associadas” (CPLOL, 2003).

Tendo em conta a severidade da perturbação, dentro das PEA, podemos encontrar crianças com grandes variações nas capacidades linguísticas e comunicativas (TAMANHA et al., 2008). Pretendeu-se, deste modo, verificar quais as alterações comunicativas mais comuns nestas crianças. Para isso, foram realizadas questões acerca das **competências comunicativas**, como por exemplo, “o número de utentes que apresentam ecolália retardada”. Outro aspeto comunicativo, que se considerou importante identificar, foi a área linguística mais afetada e a prevalência de utentes, com competências básicas para a comunicação, linguagem verbal ou não verbal e oral ou não-oral.

3.5 Recolha dos dados

De forma a ser possível pedir colaboração aos Agrupamentos de Escolas, para aplicação do questionário, foi necessário elaborar um pedido de autorização, para aplicação de inquéritos/realização de estudos de investigação em meio escolar, à DGIDC, sendo este pedido submetido através do site <http://mime.gepe.min-edu.pt>, concebido especificamente para esse fim (DGIDC, 2011b). Foram então preenchidos os campos necessários, sendo anexado o inquérito por questionário, em formato PDF⁶, e outros documentos que se consideravam relevantes (descrição do projeto de investigação).

O questionário e os procedimentos associados, foram aprovados pela DGIDC, a 3 de junho de 2011 (Anexo 6) (inquérito n.º 0149200001, registado a 16 de maio de 2011, com a designação “O Terapeuta da Fala e o Autismo”, no site <http://mime.gepe.min-edu.pt>).

Com a autorização da DGIDC, iniciou-se o pedido de colaboração aos Agrupamentos de Escolas e CRI. Com base na listagem, disponível em anexo (Anexo 4) foi enviado um e-mail aos Diretores destas instituições, que incluía uma carta, disponível em anexo (Anexo 2) a descrever o tipo de estudo que se pretendia realizar, assim como os seus objetivos e um link⁷ para o preenchimento online do questionário. Foi-lhes pedido que encaminhassem o pedido de colaboração aos TF que coordenavam, como referido na secção 3.3 deste trabalho.

A versão final do questionário (Anexo 5) encontrava-se disponível numa página Web, através de uma ferramenta eletrónica, o *Google Docs*. Esta permite disponibilizar o questionário, para preenchimento *online*, sendo que, após submetidas as respostas dos inquéritos, estas ficam automaticamente guardadas num ficheiro em formato *Microsoft Excel*, mantendo o anonimato dos inquiridos e permitindo posteriormente uma maior facilidade no tratamento dos dados.

No total foram enviados 244 e-mails, para Agrupamentos de Escolas com UEEA e CRI, com pedidos de preenchimento do questionário, sendo que responderam no total 49 TF que exercem funções com crianças com PEA, em Portugal.

⁵ Equipas disponibilizadas pelo Ministério de Educação para a avaliação e posterior apoio na utilização de software educativo como meio aumentativo e/ou alternativo de comunicação

⁶ Documento elaborado através do programa Adobe Reader®

⁷<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHalRXM0tEbG44cmJmT1BBRGINRnc6MQ>.

3.6 Análise dos dados

Para análise dos dados, foi realizada uma estatística essencialmente descritiva (análise quantitativa), ou seja, após realizada a recolha dos dados relativos, estes foram organizados e descritos (SILVESTRE, 2007). Para isso foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19 e, consoante as questões analisadas, foi identificada a média, o desvio padrão, as frequências e as percentagens de cada variável.

4. Resultados

Neste capítulo, apresentam-se os resultados obtidos, através da análise das respostas ao questionário. Selecionaram-se as questões, cujos resultados se consideraram mais relevantes para o objetivo deste estudo. Inicialmente são caracterizados os intervenientes, sendo depois descrita a atividade profissional do TF, no que respeita ao tipo de avaliação, intervenção e sistemas de comunicação aumentativos e alternativos utilizados com estes utentes.

4.1 Caracterização dos Intervenientes

De forma a compreender melhor os resultados, considerou-se importante descrever os intervenientes, ou seja, os TF que responderam a este inquérito e os seus utentes com PEA. Interessa saber “quem” respondeu a este questionário, no intuito de melhor analisar os resultados seguintes.

4.1.1 A Amostra de Terapeutas da Fala

4.1.1.1 Formação dos Terapeutas da Fala

Quanto ao grau académico (Figura 2), dos 49 TF que responderam ao questionário, 89,8% (n=44) concluíram a Licenciatura e 10,2% (n=5) concluíram o Mestrado.

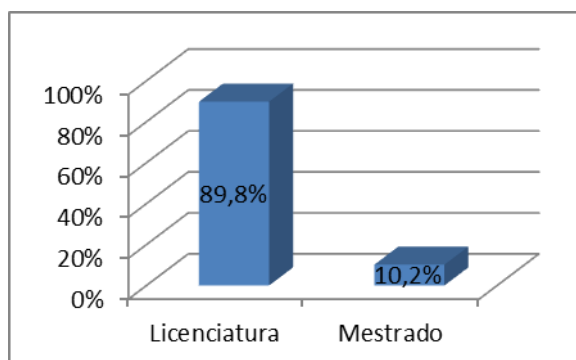


Figura 2 - Grau Académico à data da resposta ao questionário

Dos inquiridos que apresentam Mestrado, estes concluíram os estudos entre 2008 e 2011. Quanto às Instituições, 2 frequentaram a Universidade de Aveiro (Mestrado em Ciências da Fala e da Audição), 1 a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (Mestrado em Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem na criança), 1 o Instituto de Letras e Ciências Humanas da Faculdade Letras da Universidade do Minho (Linguística) e outro o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem na criança). Quanto ao tema da sua dissertação, nenhum dos inquiridos realizou um trabalho relacionado com o tema PEA, no entanto, 2 referiram que, no seu plano curricular, tiveram disciplinas nesta área.

Todos os TF inquiridos têm Licenciatura, sendo que a maioria frequentou a Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA) (30,6 %, n=15), a Escola Superior de Saúde do Alcoitão (14,3%, n=7) e de Egas Moniz (14,3%, n=7) (Tabela 1 – Anexo 7).

Os TF, que responderam ao questionário, terminaram a Licenciatura entre 1992 e 2010, sendo que a maioria terminou em 2008 (30,6%, n=15). Quanto ao seu plano

curricular (Figura 1 – Anexo 7), a maioria (61,2%, n=30) referiu que teve parte de uma disciplina, acerca da PEA e 16,3% (n=8) referiram que não beneficiaram no seu plano curricular de nenhuma disciplina nesta área. Quando questionados sobre se a PEA, fosse uma área da sua formação, a sua intervenção seria mais eficaz, 83,7% (n=41) responderam que sim.

Quanto ao tipo de formação, que já realizaram na área da PEA (Figura 2 – Anexo 7), mais de metade dos TF, referiram já ter frequentado Ações de Formação (65,3%, n=32) e Seminários e Cursos Específicos (55,1%, n=27).

4.1.1.2 Carreira na área da PEA

De forma a caracterizar a sua carreira na área, pretendeu-se identificar as Direções Regionais de Educação, para as quais trabalham e respetivos distritos, a forma de contratação e o número de horas semanais, que acompanham utentes com PEA.

No que diz respeito à atividade profissional (Figura 3 – Anexo 7) a maioria dos TF inquiridos, trabalha para as Direções Regionais de Educação do Centro (DREC), (38,8% n=19) e de Lisboa e Vale do Tejo (DRELVT), (26,5%, n=13), sendo que, foram obtidas 11 não respostas (20,4%), (Figura 3).



Figura 3 - Mapa de Distribuição do número de TF que responderam ao questionário por Direção Regional de Educação. Adaptado de (DGIDC, 2010b).

Os Distritos nos quais trabalham (Figura 4) são na maioria Lisboa (18,4%, n=9), Leiria (16,3%, n=8) e Coimbra (14,3%, n=7).

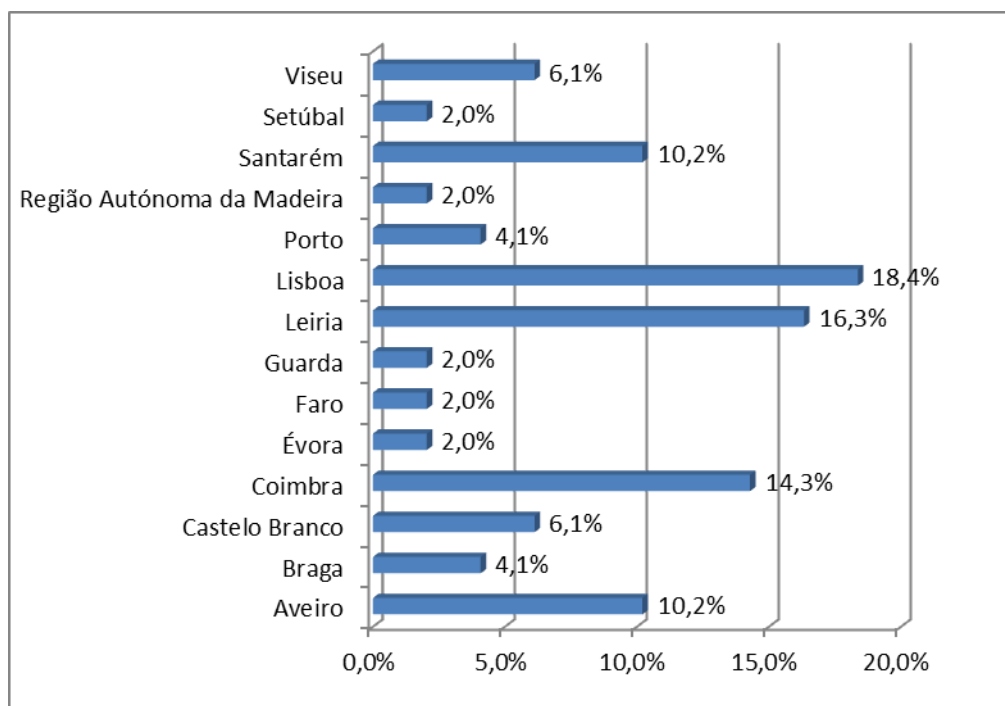


Figura 4 - Distritos nos quais os TF exercem funções.

O valor médio, do número de meses que cada TF já exerceu funções com utentes com PEA (Figura 4 – Anexo 7) é de, aproximadamente, 28,08 meses ($média \pm DP = 28,08 \pm 21,903$). A maioria dos inquiridos, exerceu funções entre 1 a 10 meses (24,5%, $n=12$), entre 21 a 30 meses (20,4%, $n=10$) e entre 11 a 20 meses (16,3%, $n=8$). Quando questionados acerca do tempo de serviço, no local onde se encontram atualmente, grande parte dos inquiridos respondeu entre 1 a 10 meses de trabalho (46,9%, $n=23$), sendo que a média é de 20,06 meses ($média \pm DP = 20,06 \pm 17,106$).

As horas semanais, usadas no acompanhamento de utentes com PEA (Figura 5 – Anexo 7) são, na maioria, até 9 horas (59,2%, $n=29$) e entre 9 a 18 horas semanais (26,5%, $n=13$).

Quanto à forma de contratação (Figura 5), grande parte dos TF (46,9%, $n=23$), referiram ter sido contratados por um Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) e 32,7% ($n=16$) por Contratação de Escola.

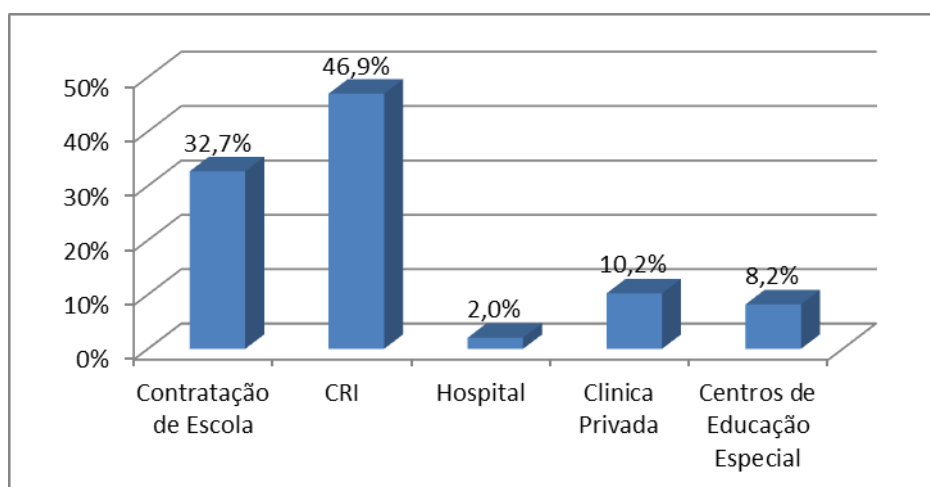


Figura 5 - Formas de Contratação dos TF.

4.1.2 Os Utentes com PEA da Amostra de Terapeutas da Fala

Com o objetivo de caracterizar os utentes com PEA, acompanhados pelos TF, identificou-se o seu diagnóstico clínico, a sua atividade escolar, nomeadamente o ciclo escolar que frequentavam, as suas competências comunicativas e as áreas linguísticas mais afetadas.

Quando questionados acerca do número de utentes, com cada diagnóstico clínico⁸, dentro do espectro do Autismo (Figura 6), os 49 TF referiram um total de 394 utentes. A maioria apresenta Perturbação Autística (n=255), e Perturbação Global do desenvolvimento sem Outra especificação (n=104).

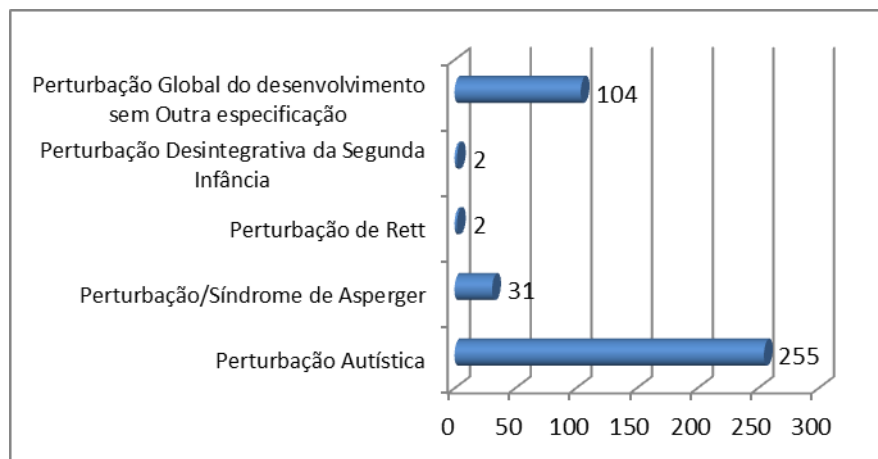


Figura 6 - Número de utentes por diagnóstico clínico.

Os TF foram também questionados, acerca do número de utentes com PEA, por ciclo escolar (Figura 7). A maioria frequenta o 1º ciclo (48,6%, n=142) e o Pré-Escolar, (22,9%, n=67).

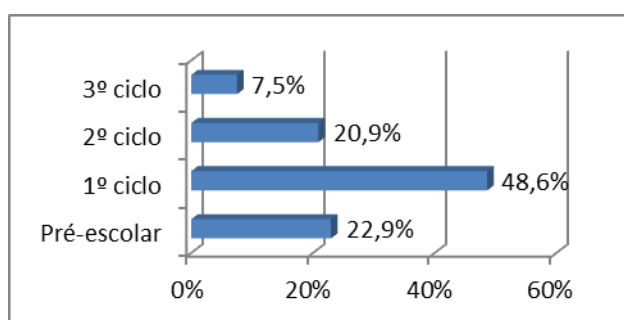


Figura 7 - Número de utentes com PEA por ciclo escolar.

⁸ Para cada diagnóstico os TF tinham de colocar o número de utentes correspondentes. No total existiram 7 respostas “Não sei”, 4 para a Perturbação Global do desenvolvimento sem Outra especificação, 2 para a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e 1 para a Perturbação de Rett.

4.1.2.1 Competências comunicativas

Quanto às capacidades comunicativas, que os utentes com PEA apresentavam aquando do preenchimento do questionário (Figura 8), do total de 394 utentes, a grande maioria (52%, n=205) apresentava linguagem verbal oral. Para as outras competências, o número de utentes varia entre 67 e 85 (de 17% a 21,6%).

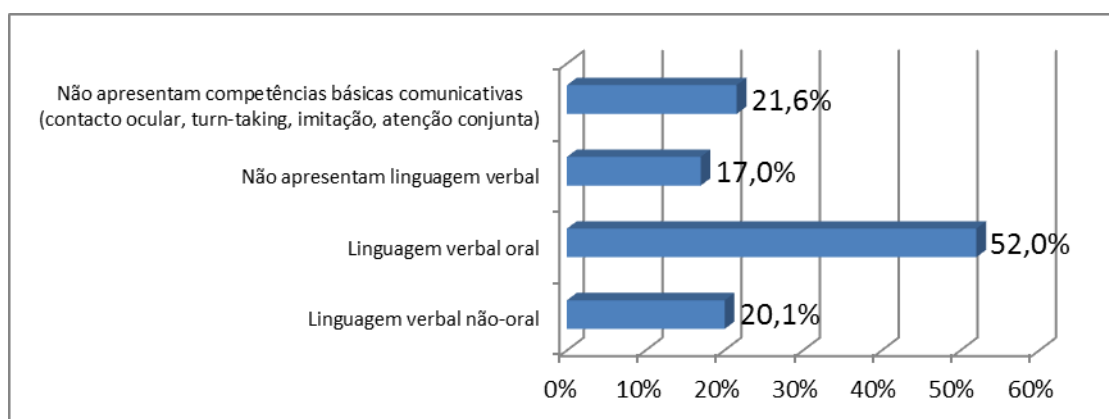


Figura 8 - Número de utentes com PEA por respetivas capacidades comunicativas.

Quando questionados acerca da área linguística mais afetada nos seus utentes com PEA (Figura 9), a maioria (75,5%, n=37) referiu a Pragmática. Em relação à segunda área mais afetada, foi referida pela maioria a Morfossintaxe (38,8%, n=19) e a Semântica (30,6%, n=15).

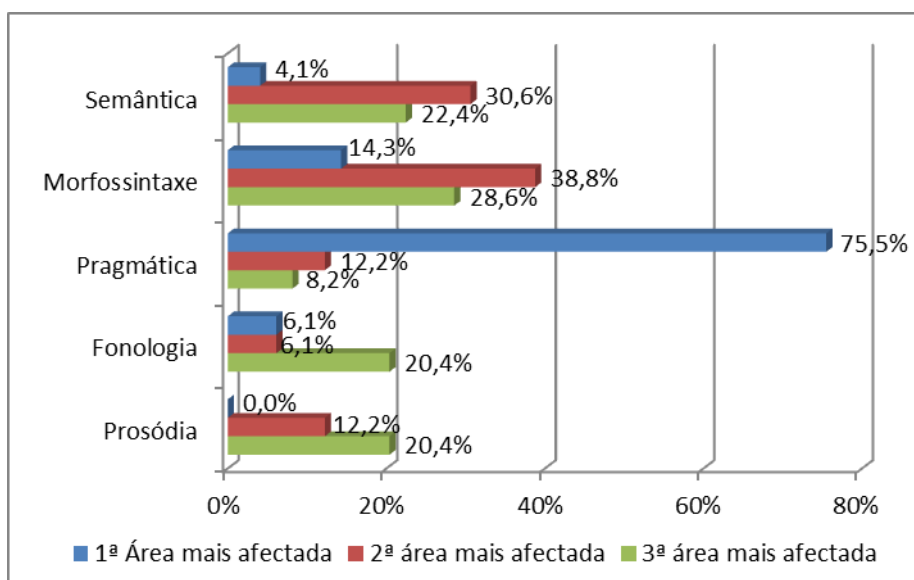


Figura 9 - Percentagem de TF que consideram as áreas linguísticas mais afetadas nos seus utentes com PEA.

No que concerne a características do desenvolvimento da linguagem/comunicação dos seus utentes (Figura 10), a maioria dos TF (53,1%, n=26) referiu não ter nenhum

utente com **mutismo**, enquanto 46,9% (n=23) referiram ter pelo menos um utente com esta característica.

Quanto a uma **aquisição tardia da linguagem**, a maioria dos TF (51%, n=25), responderam que, entre 1 a 3, dos seus utentes, apresenta ou apresentou esta característica, sendo que, apenas 4,1% (n=2) referiu nenhum. Para a **perda precoce da linguagem, (entre os 15 e 22 meses)**, as percentagens estão mais próximas, no entanto, a maioria dos TF (51%, n=25), referiu que nenhum dos seus utentes apresenta/apresentou esta característica, enquanto 49% (n=24) referiu ter pelo menos 1 utente.

Outra característica, que assinalaram foi a presença de **ecolália imediata**. A maioria dos TF (71,4%, n=35) mencionam que pelo menos 1 dos seus utentes tem esta característica e 28,6% (n=14), refere não ter nenhum. Para a **ecolália retardada**, apesar de numa percentagem menor, também a maioria dos TF (53,1%, n=26), referiu que, pelo menos, um dos seus utentes apresenta esta característica e 46,9% (n=23) referiu nenhum.

A maioria dos TF (77,60%, n=38), também mencionou que os seus utentes com PEA apresentam ou apresentaram **prosódia e tom de voz alterado** e apenas 22,4%, (n=11), referiram não ter nenhum utente.

Quanto à percentagem de respostas, relativas ao número de utentes com PEA, que apresentam ou apresentaram **linguagem mais "instrumental" do que "expressiva"**, ou seja, a maior parte da linguagem é "provocada" em vez de espontânea, a maioria respondeu ter pelo menos 1 utente (85,7%, n=42) e 14,3% (n=7) não ter nenhum.

Da totalidade dos participantes 69,4% (n=34) referiram ter pelo menos um utente que apresenta ou apresentou **uso idiossincrático das palavras e do jargão** e 30,6% (n=15) referiu nenhum.

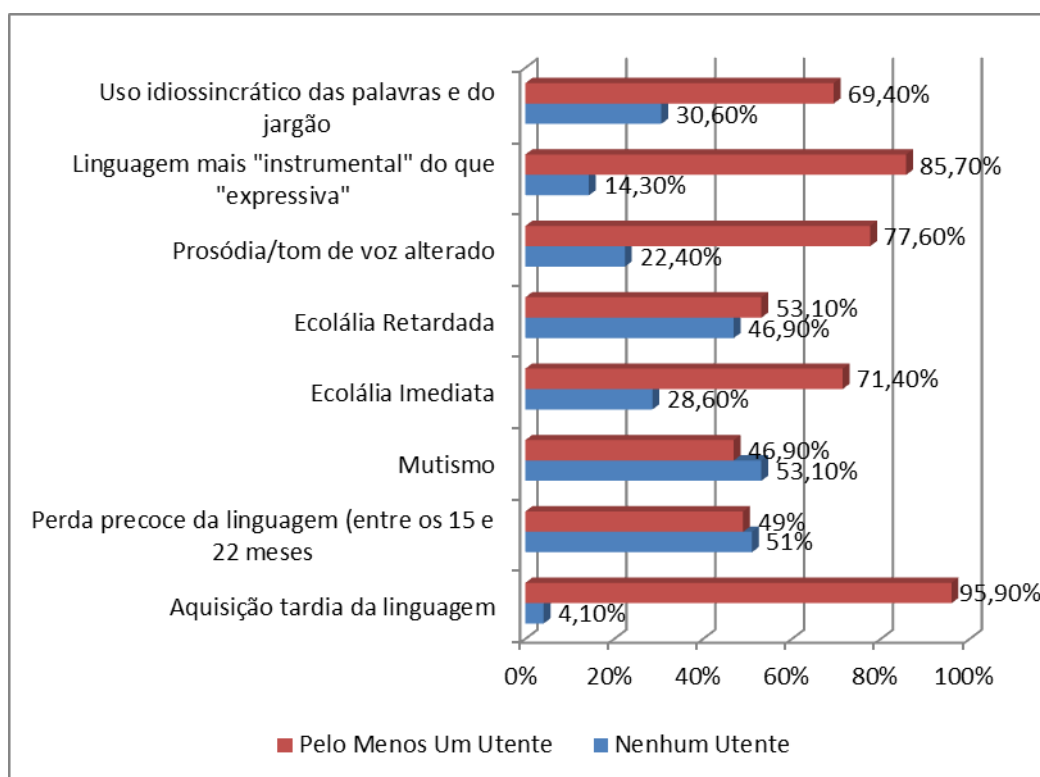


Figura 10 - Percentagem de TF que têm utentes com PEA com determinadas competências comunicativas.

4.2 Caracterização da Atividade Profissional do Terapeuta da Fala

Conhecendo os intervenientes (TF e utentes com PEA) deste estudo, nesta secção serão abordados aspetos mais específicos do trabalho do TF, designadamente, os tipos de avaliação, intervenção e Sistemas de Comunicação Aumentativa e Alternativa, utilizados no âmbito da Perturbação do Espectro do Autismo.

4.2.1 Avaliação

No que respeita a avaliação da comunicação, verificou-se que o mais comum, entre os participantes, é a utilização de provas informais (57,1%, n=28). Estas provas são adaptadas ou realizadas pelo TF e avaliam aspetos pré-linguísticos, tais como, o contacto ocular, a atenção conjunta, o *turn-taking* e a iniciativa comunicativa. A prova formal mais utilizada é a Escala de Comunicação Pré-Verbal (ECPV) (20,4%, n=10).

Quanto às provas de avaliação da linguagem mais utilizadas pelos TF (Figura 11), destacam-se 3 provas formais, sendo que 2 têm uma utilização superior a 50%. O Teste de Identificação de Competências Linguísticas (TICL) é o mais utilizado (57,1%, n=28), seguido pela Grelha de Observação da Linguagem Nível Escolar (GOL-E) (51,0%, n=25). De registar também, que 16,3% (n=8) dos TF utilizam provas informais.

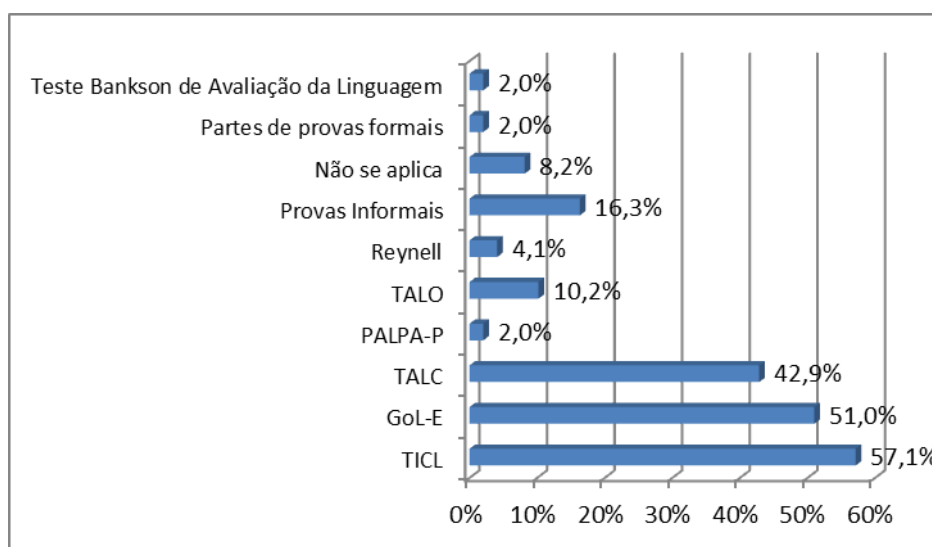


Figura 11 - Provas de avaliação da Linguagem utilizadas pelos TF.

Legenda – TALO - Teste de Avaliação da Linguagem Oral, GOL-E - Grelha de Observação da Linguagem Nível Escolar, TICL - Teste de Identificação de Competências Linguísticas, TALC - Teste de Avaliação da Linguagem na Criança, PALPA-P Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português e Reynell - Escalas de Desenvolvimento da Linguagem de Reynell.

Na avaliação da articulação verbal, a maioria dos TF (81,6%, n=40) utiliza o Teste de Articulação Verbal (TAV), sendo que, apenas 12,2% (n=6), utiliza o Teste Fonético-Fonológico (ALPE). De referir que apenas 2% (n=1) dos TF utiliza provas informais, na avaliação da articulação verbal.

Verificou-se assim, que a avaliação da comunicação é a área em que os TF utilizam mais provas informais (57,1%) e aquela em que usam menos, é na articulação verbal (2%).

Em relação a outras provas de avaliação utilizadas pelos TF, a maioria (65,3%, n=32), referiu utilizar provas informais, para avaliar a leitura e a escrita, a fonologia, a pragmática, a deglutição e a motricidade-orofacial. Dos TF questionados 34,7% (n=17),

informou não ter utilizado outra avaliação, para além das referidas na avaliação da comunicação, linguagem e articulação verbal.

Quanto à área em que existe maior necessidade, de uma prova aferida para o português, com uma amostra constituída por utentes com PEA, a grande maioria (67,3%, n=33), referiu apenas a comunicação, 20,4% (n=10) mencionou que são necessárias provas em todas as áreas (comunicação, linguagem e articulação verbal), 12,2% (n=6), assinalou apenas a linguagem e nenhum TF referiu a articulação verbal.

No que concerne à utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), para o registo da avaliação, mais de metade dos participantes afirma utilizar este registo (65,3%, n=32).

Quanto ao tipo de registo da avaliação 69,4% (n=34), referiu registar em computador, seguindo método pessoal e 55,1% (n=27) em papel. De salientar, o facto de apenas 1 TF (2%), ter referido registar em computador, utilizando uma aplicação de registo eletrónico.

No armazenamento da informação após a avaliação, a maioria dos TF (98%, n=48), referiu guardar os resultados finais, apenas 32,7% (n=16) regista em gravação de vídeo e 22,4% (n=11) em gravação de som da sessão.

4.2.2 Intervenção

Quanto ao modelo de intervenção utilizado com utentes com PEA, o mais comum é o Interdisciplinar (os diferentes profissionais articulam-se e cooperam entre si), sendo utilizado por 73,5% (n=36) dos TF. Os modelos Multidisciplinar (cada profissional trabalha a sua área específica de forma independente) e Transdisciplinar (não existem fronteiras entre as diferentes atividades profissionais, um profissional pode trabalhar diferentes áreas específicas com o aluno/utente), foram referidos por uma percentagem menor, 14,3% (n=7) e 12,2% (n=6), respetivamente.

Dos 49 TF que responderam ao inquérito 81,6% (n=40) responderam que fazem parte da equipa em que se inserem, os Docentes de Educação Especial e 75,5% (n=37) referiram o Psicólogo (Figura 12).

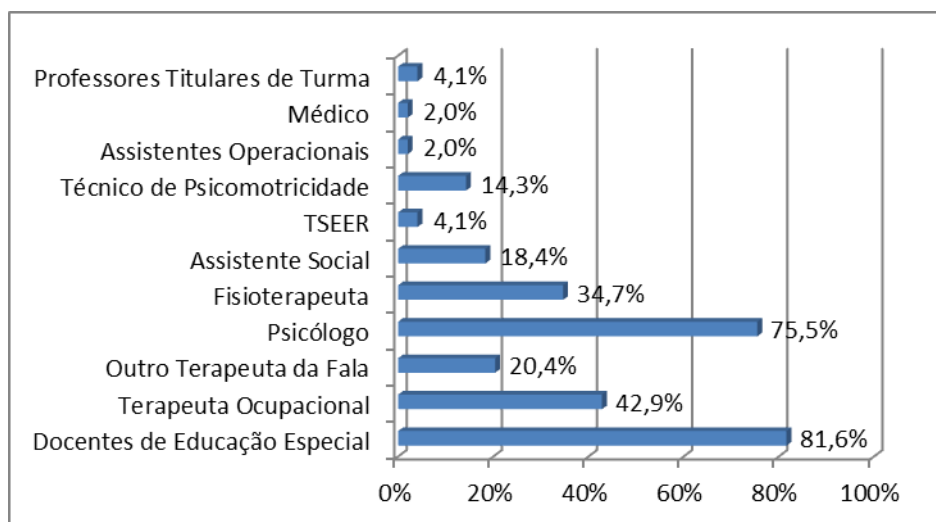


Figura 12 – Profissionais que fazem parte da equipa dos TF.
Legenda – TSEER - Técnico Superior de Educação Especial e Reabilitação

As áreas de intervenção em que trabalham mais frequentemente (Figura 13) são a pragmática (73,5%, n=36), a comunicação não-verbal (61,2%, n=30) e a semântica (59,2%, n=29). De salientar, a baixa percentagem de TF que referiram intervir ao nível da motricidade orofacial (8,2%, n=4) e da deglutição (2%, n=1).

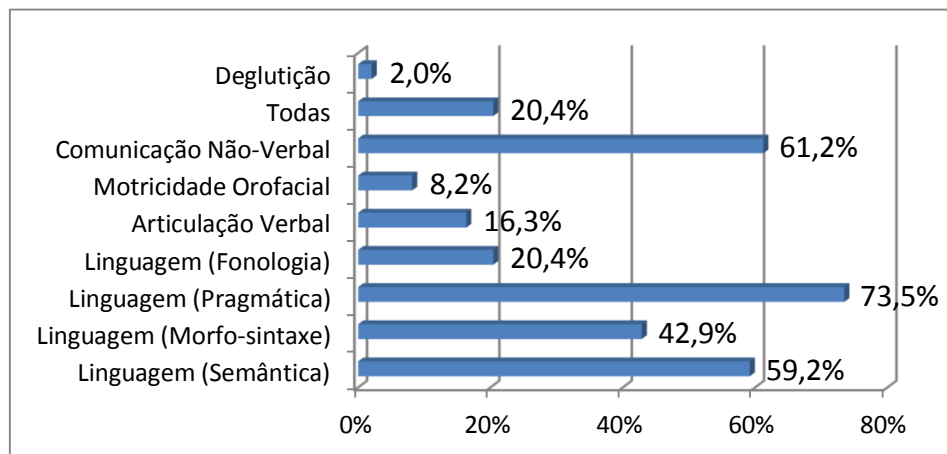


Figura 13 - Áreas em que cada TF intervém mais frequentemente.

Quando questionados sobre o tipo de sessões que realizavam (em grupo ou individuais), a grande maioria dos TF assinala apenas a realização de sessões individuais (71,4%, n=35). Para além disso, foi-lhes perguntado que tipo de sessões melhor beneficiavam estes utentes, sendo que 69,4% (n=34) respondeu que considerava mais benéficas as sessões individuais e 30,6% (n=15) as sessões em grupo.

No tipo de acompanhamento (direto/indireto)⁹, a média do número de utentes com PEA em apoio direto, é de aproximadamente 6 utentes por TF (média±DP=5,55±5,256). Importa realçar o baixo número de utentes com PEA, com apoio indireto, sendo de aproximadamente 1 utente por TF (média±DP=1,24±2,905).

Relativamente ao que sentem mais necessidade, na área da PEA (Figura 6- Anexo 7), 73,5% (n=36) dos TF, referiram sentir mais necessidade de ferramentas de intervenção, 69,4% (n=34) apontam os métodos de avaliação e 65,3% (n=32) mais formação prática.

4.2.3 Utilização de Sistemas de Comunicação Aumentativos e Alternativos (SCAA)

Os 49 TF acompanham uma percentagem de 32,5% utentes, com PEA, que utilizam SCAA. Os mais utilizados são os Sistemas com ajuda, baseados em signos gráficos (Tabela 1), sendo que 71,4% dos TF utilizam este tipo de sistema com, pelo menos, 1 dos seus utentes, com PEA. De salientar que apenas 28,6% (n=14) referiram que nenhum dos seus utentes com PEA, utiliza este Sistema. Os Sistemas sem ajuda são utilizados por

⁹ Acompanhamento direto – acompanhamento do utente, com este presente na sessão de terapia.

Acompanhamento indireto – é realizada uma troca de informações/estratégias entre o TF e outros profissionais, que trabalhem com o utente e com o encarregado de educação, sem haver necessidade do utente ter um acompanhamento direto.

42,9% (n=21) dos TF com, pelo menos, 1 utente, com PEA, sendo que 57,1% (n=28) não os utiliza.

O tipo de Sistema que os TF menos utilizam é o Sistema com ajuda, baseado em signos abstratos, não sendo usado por 83,7% (n=41) dos TF. Também os Sistemas Mistos e os Sistemas com ajuda, baseados em elementos muito representativos, não são utilizados por mais de metade dos TF, ou seja, por 73,5%, (n=36) e 63,3% (n=31) respetivamente.

Tabela 1 - Percentagem de TF que utilizam os seguintes Sistemas, por número de utentes.

| | Nenhum | | De 1 a 3 Utentes | | De 4 a 6 Utentes | | De 7 a 10 Utentes | | Mais de 10 Utentes | |
|--|--------|------|------------------|------|------------------|-----|-------------------|-----|--------------------|-----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Sistemas sem ajuda | 28 | 57,1 | 17 | 34,7 | 3 | 6,1 | 0 | 0,0 | 1 | 2,0 |
| Sistemas com ajuda, baseados em elementos muito representativos | 31 | 63,3 | 15 | 30,6 | 3 | 6,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Sistemas com ajuda, baseados em signos gráficos | 14 | 28,6 | 27 | 55,1 | 4 | 8,2 | 3 | 6,1 | 1 | 2,0 |
| Sistemas com ajuda, baseados em signos abstratos | 41 | 83,7 | 6 | 12,2 | 2 | 4,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Sistemas Mistos | 36 | 73,5 | 11 | 22,4 | 2 | 4,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Em relação aos intervenientes no processo de decisão do SCAA, a utilizar pelo utente com PEA (Figura 14), 53,1% (n=26) dos TF assinalam que decidiram em conjunto com familiares, professores e outros técnicos e 12,2% (n=6) que o escolheram em conjunto com pais/familiares.

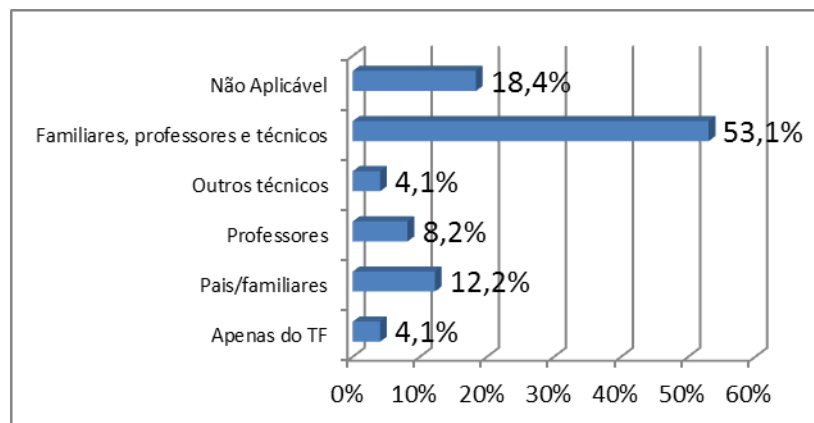


Figura 14- Intervenientes no processo de decisão do SCAA, para além do TF.

Quanto ao contexto em que os utentes utilizam o SCAA, é de realçar que apenas 22,4% (n=11) dos TF referiram que os seus utentes o utilizam em todos os contextos (escola, casa, situações da vida diária e terapia). Os contextos mais referidos pelos TF foram a escola (71,4%, n=35) e a terapia (69,4%, n=34).

Relativamente à questão, se os seus utentes já tinham sido avaliados por um Centro de Recursos TIC para a Educação Especial, a maioria, 69,4% (n=34), respondeu negativamente. Quanto ao *software* mais utilizado para a elaboração de um SCAA (Figura 15) 63,3% (n=31) referiram que utilizam o “Boardmaker”, sendo que os outros *softwares*, foram apontados numa percentagem bastante inferior, como o “Comunicar com Símbolos” que foi assinalado por 24,5% (n=12). De salientar ainda, a baixa percentagem de TF que utilizam o programa “The Grid2” (4,1%, n=2).

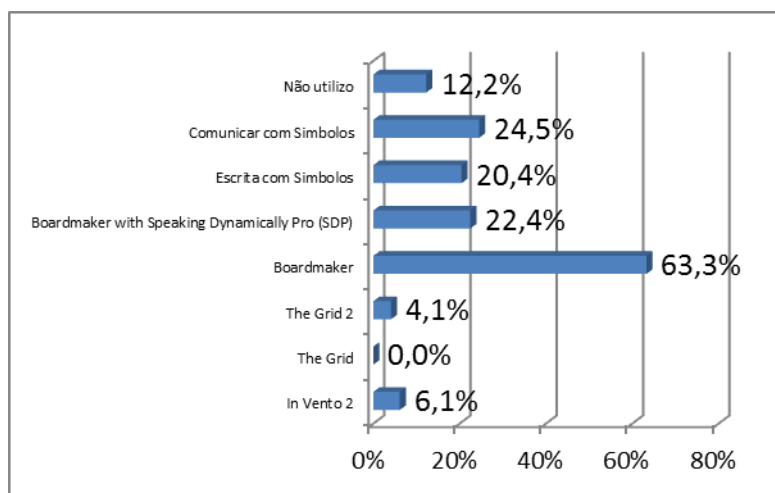


Figura 15 – Percentagem de TF, que utiliza determinado *Software* para elaboração de SCAA.

4.3 Discussão

Numa primeira parte desta secção, é discutido se os principais objetivos do estudo foram atingidos. Realiza-se também, uma caracterização da formação e atuação profissional do TF e dos seus utentes com PEA, confrontando com a literatura, referida no segundo capítulo deste trabalho. Posteriormente, serão identificadas quais as limitações do estudo, que dificultaram a análise de aspetos que se pretendiam estudar, assim como, as principais implicações dos resultados alcançados, a nível da formação e trabalho do TF.

4.3.1 Objetivos do estudo

De uma forma geral, os objetivos deste estudo foram atingidos, tendo sido possível caracterizar Terapeutas da Fala e utentes com PEA.

No que diz respeito ao perfil dos Terapeutas da Fala, a amostra é constituída por 49 TF, que trabalham com utentes com PEA, sendo que em junho de 2011 (data de preenchimento do questionário), em Portugal existiam 1564 TF a exercer funções em diferentes áreas (ACSS, 2011, citado por BATISTA, 2011). Uma vez que, em Portugal, não existem dados, acerca do número exato de TF, que exercem funções com utentes com PEA, não é possível verificar, se a amostra é representativa desta população. No entanto, tendo em conta o número de UEEA (222) e que em cada uma delas deveria existir um TF, considera-se que a amostra aproxima-se a 22%, da população de TF com utentes com PEA, que exercem funções em meio escolar. Apesar de a amostra ser reduzida e não ser possível,

generalizar os resultados a toda a população, considera-se que, com este estudo, foi possível identificar o seu perfil, a sua formação e carreira profissional, considerando-se este objetivo como atingido.

No que concerne aos utentes com PEA, acompanhados pelos 49 TF, estes perfazem um total de 394, com diferentes diagnósticos dentro das PEA.

Em Portugal, a prevalência de PEA é de 9 por cada 10000 crianças em idade escolar (OLIVEIRA et al., 2007a). No ano letivo 2009/2010¹⁰, segundo o Gabinete de Estatística e Planeamento de Educação - GEPE, existiam 1728590 alunos inscritos, desde o ensino pré-escolar ao ensino secundário (GEPE, 2010). A prevalência de crianças autistas, supostamente, nesta população de crianças, deveria de ser aproximadamente 1556 crianças/jovens com PEA, sendo que 394 equivalem a uma percentagem de, aproximadamente, 25% da população de crianças/jovens em idade escolar, com espectro do autismo, em Portugal. Considera-se assim que a amostra desta população é razoável, no entanto, também não permite generalizar resultados.

Ainda relativamente aos utentes com PEA, os resultados permitiram identificar o diagnóstico clínico, mais frequente, as suas competências comunicativas, nomeadamente as principais áreas linguísticas afetadas e a sua escolaridade. Contudo, tendo em conta a extensão do questionário, optou-se por não colocar determinadas questões, cujas respostas poderiam permitir uma melhor caracterização destes utentes. Aspetos como a idade e sexo dos utentes, a escolaridade que deveriam frequentar, ou até mesmo o diagnóstico em Terapia da Fala, acabaram por não ser analisados. Tendo em conta esta informação, considera-se que o objetivo inicial, relativo à caracterização destes utentes, foi parcialmente atingido.

A caracterização dos SCAA, utilizados por estes utentes, constituía também um objetivo deste trabalho, apesar de mais secundário. Os resultados obtidos permitiram identificar o sistema, mais e menos utilizado por estes utentes e os contextos em que os usam, assim como, os intervenientes no processo de escolha. No que concerne ao sistema mais utilizado, ou seja, o Sistema com ajuda, baseado em signos gráficos, não é possível identificar, especificamente, que signos gráficos são preferencialmente utilizados por estes utentes, se por exemplo o Sistema *Bliss*, o PECS, o *Boardmaker*, ou outro. Para além disso, não foi possível avaliar a sua eficácia. Concluindo, considera-se que o objetivo relativo à caracterização dos SCAA, utilizados por estes utentes, foi de uma forma geral atingido, porém, reconhece-se a necessidade de realizar um estudo mais específico nesta área.

4.3.2 Caracterização dos Intervenientes

4.3.2.1 Terapeutas da Fala

O grau académico mais elevado da maioria dos TF, que responderam ao questionário, corresponde à Licenciatura. Segundo o Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais (GPEARI), desde o ano de 1993, o número de diplomados (Bacharéis e Licenciados) tem vindo a aumentar exponencialmente. O aumento continuou em 2008, apenas por parte das Licenciaturas, tendência essa que se justifica pelo facto de, neste ano, ter sido implementado em Portugal o Processo de Bolonha, extinguindo os Bacharelatos em Terapia da Fala (GPEARI, 2009). O facto de a maioria dos TF, que responderam a este questionário, ter terminado o curso em 2008, explica a razão dos 49 TF serem já licenciados. Recentemente foi obtido um resultado

¹⁰ Não existem ainda dados para o ano letivo de 2010/2011, correspondente à data do preenchimento do questionário.

semelhante no estudo realizado por Batista, 2011, que pretendia estudar o perfil do TF em Portugal. Neste estudo foi utilizado o mesmo método (questionário), em que a maioria dos participantes/Terapeutas da Fala (82,2%, n=212 de um total de 258 TF) referiu a Licenciatura como o grau académico mais elevado (BATISTA, 2011).

Após formação académica, a maioria dos TF inquiridos, procuraram formação na área da PEA. A educação contínua (após formação académica) tem um papel crucial na formação do TF. Segundo o CPLOL, 2009, este tipo de educação constitui, cada vez mais, uma exigência ética e administrativa na formação contínua do TF.

No que concerne à sua carreira, os distritos nos quais mais TF exercem funções são Lisboa, Leiria e Coimbra, mantendo a tendência observada no estudo realizado por Batista, 2011, que obteve um resultado semelhante, justificando também este aspeto com o facto de nestas zonas existir mais população.

O valor médio do número de meses, que cada TF já exerceu funções com utentes com PEA, aproxima-se da data de criação das primeiras UEEA, desde janeiro de 2008 (41 meses - de janeiro de 2008 a junho de 2011, data do preenchimento do questionário). Pode-se, assim, afirmar que estes TF conhecem a realidade das UEEA, praticamente desde a sua criação.

Quanto à forma de contratação, a grande maioria dos TF, refere ter sido contratado por um Centro de Recursos para a Inclusão (CRI). Este resultado era esperado, pois estes Centros de Recursos são, cada vez mais, responsáveis pela contratação dos técnicos, que trabalham com utentes com PEA (DGIDC, 2007b).

Segundo as normas orientadoras, fornecidas pela DGIDC, 2008, para um grupo de 6 alunos com PEA, é atribuído um TF em tempo a determinar, sendo que a média, segundo os resultados do presente estudo, é de aproximadamente 8 utentes por TF. Verifica-se que, o número de utentes com PEA, por TF, é mais elevado do que o esperado. Este facto pode-se justificar pela maioria dos TF inquiridos, serem contratados por um centro CRI, logo podem exercer funções em mais do que um agrupamento, aumentando o número de utentes que acompanham. Este resultado evidencia a necessidade, de contratação de mais TF para intervir junto destes utentes.

A nível da avaliação, alguns dos resultados confirmam estudos realizados recentemente. No estudo, já indicado, realizado por Batista, 2011, embora as questões se referissem à população de utentes em geral, dos TF questionados, estes também afirmaram utilizar, mais frequentemente, testes formais na avaliação da articulação verbal, nomeadamente, o teste TAV. No entanto, nesse estudo, para avaliação da comunicação, a maioria dos TF aponta a utilização de provas formais, nomeadamente a ECPV, o que não acontece por parte dos TF, que responderam a este questionário, ou seja, na avaliação de utentes com PEA, apenas uma minoria, refere utilizar esta prova. Também nas provas de avaliação da linguagem oral, os resultados diferem, uma vez que no estudo realizado por Batista, 2011, a prova mais utilizada é a GOL-E, enquanto no presente estudo os TF apontaram o TICL, como o mais indicado, seguido pela GOL-E.

Sendo a comunicação um dos aspetos mais afetados, nestes utentes e tendo em conta a lacuna, que existe em termos de instrumentos de avaliação nesta área, a maioria dos TF salientou a necessidade de se construir uma prova de avaliação da comunicação, aferida para o português, com uma amostra constituída por utentes com PEA.

A utilização da CIF na avaliação foi apontada por mais de metade dos participantes. Este sistema de qualificação é sugerido pela DGIDC como uma ferramenta que *“permite à equipa de avaliação especificar o grau de capacidades, necessidades, barreiras e*

facilitadores.”. A CIF já está a ser amplamente usada, a nível internacional, em inúmeras áreas, incluindo a saúde e a educação (CAPUCHA, 2008).

O modelo de intervenção mais comum, entre os TF questionados, é o Interdisciplinar. Estes resultados vão ao encontro da realidade na RAM, na área da PEA. Araújo, 2008, quando questionou docentes especializados, estes também referiram utilizar o modelo Interdisciplinar com Terapeutas da Fala.

As áreas de intervenção que os TF trabalham com estes utentes, mais frequentemente, são a pragmática e a comunicação não-verbal, sendo que, segundo diferentes autores, referidos na revisão bibliográfica, são aspetos bastante afetados em crianças com PEA. Autores como Lord, 1989 e Siegel, 2008 referem que a comunicação não-verbal é normalmente bastante limitada, ou está ausente. Relativamente à pragmática, outros autores também a referem como uma área bastante afetada nestes utentes, sendo a sua comunicação, muito mais dirigida para uma satisfação de necessidades, do que para uma partilha ou troca de interesses (JORDAN, 2000, MORATO, 2007).

Quanto ao tipo de sessões, que os TF questionados, consideram melhor beneficiarem o desenvolvimento da linguagem, destes utentes, a maioria referiu as sessões individuais. No entanto, no estudo realizado por Panhoca et al, em 2007, no Brasil, os resultados indicam que uma intervenção em grupo, com crianças com autismo, aumenta a probabilidade de desenvolvimento da linguagem, numa percentagem maior, do que na terapia individual.

4.3.2.2 Utes com PEA da Amostra de Terapeutas da Fala

Quanto ao diagnóstico clínico dos utentes com PEA, a maioria apresenta Perturbação Autística. Segundo Araújo, 2008, o diagnóstico mais frequente entre as PEA, na RAM, é o de Perturbação Autística, confirmando os resultados deste estudo (ARAÚJO, 2008). Este facto pode-se também explicar, devido ao termo Perturbação Autística, ser considerado o “autismo clássico”, sendo os seus critérios clínicos, na DSM-IV (Anexo 1) baseados na tríade de características do autismo, já mencionadas (GONÇALVES et al., 2008).

O lançamento da versão final do DSM-5, esperado para maio de 2013, vai trazer algumas novidades nos critérios de diagnóstico de diferentes patologias. No que concerne à PEA, a Perturbação de Rett não está incluída (APA, 2010). Neste estudo, verificou-se que, dos 394 utentes com PEA, apenas 2 apresentavam esta perturbação, podendo deduzir-se que esta não é frequente.

No que concerne à sua escolaridade, a maioria destes utentes, frequenta o 1º ciclo. Este facto encontra-se diretamente ligado à data de criação das UEEA (janeiro de 2008), há aproximadamente 4 anos, numa perspetiva de escola inclusiva¹¹. A resposta educativa encontrada para esta problemática contribuiu para o aumento do número de crianças, com PEA, nas escolas de ensino regular. Para além disso, fazem parte do 1º ciclo escolar 4 anos de escolaridade enquanto nos seguintes ciclos o número de anos por ciclo varia entre 2 e 3 anos.

Quanto às suas competências comunicativas, a maioria dos resultados obtidos conferem o que já foi referido na bibliografia (capítulo 2, secção 2.1.7.2). Seguidamente

¹¹ Educação Inclusiva - processo em que se verifica a participação de todos os estudantes nos estabelecimentos de ensino regular, de modo a dar resposta à diversidade de alunos (DGIDC - Educação Inclusiva e Educação Especial - Indicadores-chave para o desenvolvimento das escolas: um guia para diretores).

encontram-se descritos estes aspetos e são indicados os autores que confirmam os resultados obtidos:

- **Aquisição Tardia da Linguagem** – uma percentagem superior a 90% dos TF, respondeu que, pelo menos, um dos seus utentes apresenta ou apresentou esta característica, confirmando os estudos apresentados pelos autores Short et al, 1988 e LORD et al., 1997.

- **Ecolália Imediata e Retardada** - mais de metade dos participantes refere que, pelo menos, um dos seus utentes, apresenta ecolália, confirmando resultados de outros autores, que defendem que este aspeto está presente em muitas crianças com PEA, que têm linguagem verbal (JORDAN, 2000, LOVAAS, 1987, MELLO, 2004, VOLKMAR et al., 2003).

- **Prosódia e tom de voz alterado** – também a maioria dos TF assinalou a sua presença em um, ou mais, dos seus utentes com PEA. Mais uma vez, os resultados estão de acordo com diferentes autores, que referem que por vezes indivíduos com PEA têm o tom de voz alterado, com uma qualidade atonal e monótona (JORDAN, 2000, ROGÉ et al., 1998).

- **Linguagem mais "instrumental" do que "expressiva"**- Segundo Rollins et al, 1998 e Tamanaha, 2008, indivíduos com PEA são capazes de desenvolver o uso instrumental da linguagem, sem desenvolver capacidades da sua aplicação em termos sociais, o que confere com os resultados obtidos, pois a maioria dos TF respondeu que, pelo menos, um dos seus utentes apresenta/apresentava esta característica.

- **Uso idiossincrático das palavras e do jargão** – a maioria dos TF indica que, pelo menos, um dos seus utentes apresenta esta característica, este aspeto é defendido como comum, no discurso de indivíduos com PEA, por autores como Siegel, 2008.

As características, cujos resultados diferem de estudos anteriores, elaborados por diferentes autores, encontram-se de seguida apresentadas:

- **Ecolália Imediata e Retardada**- Como já referido, esta característica encontra-se presente em, pelo menos, um dos utentes, dos TF inquiridos. No entanto, tomando em linha de conta o estudo realizado por Santos, 2009, esta incidência não se verificou na amostra estudada, sendo a presença de ecolália inferior a 7%, dos casos estudados.

- **Uso idiossincrático das palavras e do jargão** – Também no estudo realizado por Santos, em 2009, verificou-se que a grande maioria da amostra não apresentava discurso idiossincrático ou estereotipado, o que difere dos resultados alcançados no presente estudo.

- **Mutismo** – a maioria dos TF refere que nenhum dos seus utentes apresenta esta característica, contudo, segundo Mello, 2004 e Siegel, 2008, é possível identificar crianças com PEA, que se remetem ao mutismo ao longo das suas vidas.

- **Perda Precoce da linguagem (entre os 15 e 22 meses)** - a maioria dos TF, respondeu que nenhum dos seus utentes, apresentava esta característica. No entanto, apesar das percentagens serem muito próximas, diversos autores referem que algumas crianças, apesar de começarem a produzir algumas palavras, por vezes, posteriormente há uma perda de aquisições, entre os 15 a 22 meses de idade (ROGÉ et al., 1998, SIEGEL, 2008).

4.3.3 Utilização de Sistemas de Comunicação Aumentativa e Alternativa (SCAA)

Quanto aos SCAA verifica-se que apenas uma pequena percentagem, de utentes com PEA, os utiliza, sendo o *Boardmaker* o *software* mais utilizado para a sua elaboração. No estudo realizado por Araújo, 2008, verificam-se resultados semelhantes, tanto na percentagem de utilização, como no *software* mais utilizado. Uma possível justificação, para a baixa percentagem de utilização destes sistemas é que a maioria das crianças/jovens com PEA, tanto do estudo de Araújo, como do presente trabalho, apresentam linguagem verbal oral, podendo não utilizar SCAA.

O tipo de SCAA mais utilizado é o Sistema com ajuda, baseado em signos gráficos, em que se incluem os Símbolos Pictográficos para a Comunicação (SPC), o Sistema *Bliss* e o PECS, o que está de acordo com o recomendado, por diversos autores, sendo o PECS, elaborado propositadamente para estas crianças (HOWLIN, 1999, SIMPSON et al., 2005).

Os Sistemas sem ajuda, como por exemplo a Língua Gestual Portuguesa e gestos do uso comum, não são utilizados por mais de metade dos TF. Este facto reflete o que já foi referido por autores como, Howlin, 1999 e Konstantareas, 1978. Este tipo de sistema, embora seja mais simples, do que, a fala, o facto de os gestos serem abstratos e haver necessidade de usar ambas as mãos, torna-se mais difícil de utilizar por crianças com PEA (HOWLIN, 1999, KONSTANTAREAS M., 1978).

No que concerne ao ambiente em que são utilizados, importa referir a baixa percentagem de TF, que salienta o uso de SCAA, pelos seus utentes, em todos os contextos (escola, casa, situações da vida diária e terapia). Segundo Howlin, 1999, independentemente, do sistema a ser utilizado, este deve ser disponibilizado também aos interlocutores da criança.

Os Centros de Recursos TIC para a Educação Especial (CRTIC) têm, como finalidade avaliar alunos com necessidades educativas especiais (NEE) de carácter permanente, para fins de adequação das tecnologias de apoio às suas necessidades específicas (DGIDC, 2007a). De salientar, a elevada percentagem de TF a referir que os seus utentes ainda não foram avaliados por um CRTIC. Este facto pode dever-se à maioria dos utentes com PEA apresentar linguagem verbal oral, no entanto, também pode sugerir uma quebra de comunicação entre estes centros e os Agrupamentos de Escolas.

4.3.4 Limitações do estudo

De uma forma geral, este trabalho de investigação apresenta limitações em alguns aspetos relacionados com o método de divulgação/pedido de colaboração do questionário, a amostra, aspetos específicos do inquérito e resultados daí obtidos.

O método de divulgação do questionário constitui desde logo uma limitação, pois como foi enviado via e-mail para os Agrupamentos de Escolas e CRI, o e-mail da escola/CRI poderia não ser o correto (apesar de ter sido retirado das páginas de internet das próprias instituições e de um site¹² que contém os contactos de todas as escolas a nível nacional). Também o facto de ser enviado desta forma poderá ter excluído possíveis participantes que não utilizam frequentemente a internet. No entanto, tendo em conta que esta era forma mais rápida de chegar aos participantes do estudo, optou-se por este método.

¹² https://www.portaldasescolas.pt/portal/server.pt/community/01_escolas/240

O facto de se ter apenas enviado pedidos de colaboração a Agrupamentos de Escolas e CRI, também constitui uma limitação. Apesar de constituírem a principal forma de contratação de técnicos, para exercer funções com crianças com PEA, também existem instituições que, apesar de não serem consideradas CRI, estabelecem protocolos de parceria com as escolas. Estes projetos de parceria são semelhantes à política dos CRI e são realizados através da Portaria nº 1102/97, DR. Nº 254 I-B de 3 de novembro. No entanto, não existe uma base de dados com todos estes estabelecimentos e, por isso, tornou-se impossível identificá-los.

No que concerne à amostra de TF, é de salientar, que esta tem uma dimensão reduzida, não podendo ser considerada como representativa. Tendo em conta que, no ano letivo 2010/2011, existiam 222 UEEA em Portugal Continental e que, apenas 49 TF responderam ao questionário, estes dados podem levar a concluir que muitos dos TF, poderão não ter recebido o pedido de colaboração. No entanto, o elevado número de utentes com PEA, que estes TF acompanham, leva a concluir que estes possam exercer funções, em mais do que uma UEEA, nomeadamente, quem está contratado através de um CRI.

A maioria dos TF trabalhava para a DREC e DRELVT, o que se torna limitativo em termos de generalização, dos resultados deste estudo. No entanto, era de esperar mais respostas por parte de TF, que exercessem funções nestas direções, uma vez que existem também mais UEEA nestas regiões (Anexo 3).

Relativamente à carreira profissional da amostra, dever-se-ia ter colocado um limite mínimo de tempo de intervenção com utentes com PEA (ex: 6 meses mínimos), de forma a garantir alguma experiência nesta área.

Grande parte dos TF inquiridos concluiu o curso na ESSUA, o que pode enviesar os resultados, concretamente, nas questões acerca das necessidades sentidas por parte destes TF, a nível da formação académica, podendo ser diferentes da realidade de outros que realizaram o curso noutras escolas. O elevado número de TF na amostra, licenciados pela ESSUA, pode dever-se ao facto da autora deste estudo ter concluído a Licenciatura, na mesma Instituição, tornando-os mais receptivos na resposta ao inquérito.

Quanto aos utentes com PEA, o número total difere consoante a resposta dos TF, seja relativa ao diagnóstico clínico dos seus utentes ($n=394$), ou ao ciclo escolar que frequentam ($n=292$), constituindo também uma limitação. Como a amostra é constituída por 11 TF, que não exercem funções em meio educacional, estes podem não ter utentes em idade escolar, ou não saber o ciclo escolar a que pertencem, no entanto, a discrepância entre valores é elevada.

O facto de não ser possível identificar o sexo dos utentes com PEA também constitui uma limitação, uma vez que se poderia estudar se prevalece a tendência de um maior número de crianças com PEA, do sexo masculino, como referido pela bibliografia consultada.

As limitações deste estudo prendem-se também com o elevado número de questões do questionário, considerando-se extenso, apesar de algumas questões dependerem de outras para serem respondidas, nomeadamente, nas questões da formação.

A forma como algumas questões foram elaboradas, pode também ter influenciado a sua resposta. Quanto à questão relativa às competências comunicativas, das crianças com PEA, esta é uma área difícil de avaliar por questionário. Para além das respostas dependerem da opinião dos inquiridos e da sua experiência/prática profissional, também o facto de as perguntas serem de resposta fechada, de forma a não tornar o questionário ainda

mais extenso, levou apenas a abordar alguns aspetos do desenvolvimento da linguagem destas crianças, mais destacados na revisão bibliográfica.

A forma como foi colocada a questão, relativa ao número de horas semanais que cada TF trabalhava com estes utentes, não possibilita identificar o seu valor médio, devendo ter sido elaborada de outra forma. Também na questão, relativa à escolaridade dos utentes não é possível identificar os ciclos escolares que estes deveriam frequentar, mas sim os ciclos em que se encontram, constituindo também uma limitação.

4.3.4.1 Implicações dos resultados

No que concerne à formação dos TF inquiridos, nomeadamente, o seu plano curricular na Licenciatura, a maioria referiu que, se a PEA fosse uma área da sua formação, a sua intervenção seria mais eficaz. Este facto demonstra a necessidade de mais formação académica acerca da PEA, sendo uma lacuna a ser analisada pelos diretores do curso de Terapia da Fala, das diferentes Instituições, como mais uma área curricular a incluir no plano do curso.

Dos TF inquiridos, apenas 5 concluíram Mestrado, não tendo nenhum realizado uma dissertação relacionada com o tema PEA¹³. Considera-se que este número de TF não é representativo desta população em Portugal, não se podendo por isso retirar conclusões, dos resultados obtidos nesta questão. Tendo em conta que o TF pode realizar mestrado em diferentes áreas, não diretamente ligadas à Terapia da Fala, torna-se difícil identificar o número total de TF com este grau académico, em Portugal.

Relativamente ao tema “Autismo”, não existem estudos em Portugal, acerca do número de dissertações/trabalhos de investigação realizados nesta área, no entanto, importa salientar que na Universidade de Aveiro já foram realizadas seis dissertações de mestrado, que incluíam este tema, sendo 4 realizadas por TF, como a de Araújo, em 2008, a de Santos, em 2009 e a de Silva, em 2010, já referidas neste trabalho. Apesar de os resultados não serem significativos, tendo em conta a bibliografia consultada, uma das implicações deste trabalho, é a necessidade de mais estudos acerca da temática “Autismo” e a necessidade de promover o crescente interesse de TF em estudar esta área.

A falta de mais instrumentos neste âmbito foi também salientada, pela grande maioria dos TF, que referiram sentir mais necessidade de ferramentas de intervenção, de métodos de avaliação e de mais formação prática acerca da PEA. Estes dados evidenciam a falta de instrumentos e métodos objetivos, para a definição desta perturbação, como já referido por outros autores (SANTOS, 2009, TAGER-FLUSBERG, 2000).

¹³ Este facto revela que dois dos TF que realizaram Mestrado na área da PEA, já referidos ao longo deste trabalho, não responderam a este inquérito. Uma justificação possível é, neste momento, não se encontrarem a exercer funções com utentes com PEA.

5. Conclusão

5.1 Resumo do trabalho realizado

Numa fase inicial deste trabalho, foram consultados diferentes autores, tendo-se verificado a necessidade de investigação na área da PEA, relacionada com o tema Terapia da Fala. Uma vez que ainda não existem estudos em Portugal que caracterizem o trabalho do TF com os seus utentes com PEA, considerou-se pertinente realizar um trabalho de investigação nesta área. Foram definidos, como principais objetivos, a caracterização destes profissionais e dos seus utentes com PEA.

Optou-se pela construção de um questionário, cujos inquiridos seriam os próprios TF, através do qual os resultados fossem ao encontro dos objetivos deste estudo. Tendo em conta, a inclusão dos alunos com PEA, nas escolas de ensino regular, considerou-se importante aplicar um questionário a TF, que exercessem funções em meio escolar. Para isso, foi necessário elaborar um pedido de autorização para aplicação do questionário em meio escolar à DGIDC, como referido de forma mais detalhada na secção 3.5 deste trabalho.

Devido à inclusão de questões, relacionadas com, a contratação dos técnicos e com política educativa, houve a necessidade de se efetuar uma reformulação do questionário, visto não ter sido possível, uma autorização no primeiro pedido. O questionário foi assim reestruturado, reformulando-se algumas questões, consideradas como “problemáticas”, sendo realizado um novo pedido de autorização a 16 de maio de 2011, cuja aprovação data de 3 de junho de 2011.

Como referido, no capítulo referente à Metodologia deste trabalho, o *link* para preenchimento do questionário *online* foi enviado para as escolas e CRI, sendo preenchido até ao final de mês de junho de 2011, por 49 TF. Após obtidas as respostas, estas foram analisadas, através do *software Microsoft Excel* e *SPSS*. Com base na análise estatística efetuada, foram descritos os principais resultados deste estudo, sendo posteriormente discutidos e confrontados, com a literatura já consultada.

5.2 Principais resultados e conclusões

Os principais resultados deste estudo dizem respeito à formação e carreira profissional do TF na área do autismo e as características dos seus utentes com PEA.

No que diz respeito à formação académica do TF, verifica-se que poucos têm o grau de Mestres e, para além disso, existe pouca afluência de trabalhos desenvolvidos, a nível académico nesta área. Os resultados também sugerem que, é necessário rever os planos curriculares do curso de Terapia da Fala e incluir disciplinas e estágios curriculares, que abordem, de forma mais aprofundada a PEA. Uma vez que é uma patologia, com a qual cada vez mais TF trabalham, em Portugal, essa necessidade foi observada, nos resultados deste estudo, nomeadamente, na necessidade de mais formação prática.

Quanto à prática profissional, na área da PEA, as provas de avaliação mais utilizadas são, informais para avaliar a comunicação, o TICL para avaliar a linguagem e o TAV para avaliação da articulação verbal. Relativamente à intervenção, o modelo mais utilizado é o Interdisciplinar e as principais áreas de intervenção do TF, na PEA, são a Pragmática e a Comunicação Não-Verbal. Tanto a nível de instrumentos de avaliação, como de intervenção, os resultados sugerem a necessidade de mais ferramentas de trabalho, sendo importante, desenvolver trabalhos de investigação nesta área.

Verifica-se também que formas de registo, que incluam o registo eletrónico, são necessárias. Como a maioria dos TF utiliza o computador, se existisse uma aplicação eletrónica para registo, que normalizasse as nomenclaturas utilizadas, facilitaria o registo dos resultados das avaliações, diminuindo ambiguidades que por vezes possam surgir.

Quanto aos utentes com PEA estes têm, na grande maioria, o diagnóstico clínico de Perturbação Autística e frequentam o 1º ciclo do ensino regular. As principais características das suas competências comunicativas foram identificadas, assim como, os SCAA mais utilizados.

5.3 Sugestões de continuidade

Relativamente à formação do TF, sugere-se que sejam analisados os planos curriculares do curso de Terapia da Fala, em Portugal, de forma a incluir mais formação prática nesta área. A maioria dos inquiridos salientaram a necessidade de aprofundar o seu conhecimento, na área da PEA, podendo contribuir, no futuro, para o desenvolvimento profissional da Terapia da Fala e melhorar o seu contributo na investigação de temas relacionados com o autismo.

A maioria dos TF, que estão a trabalhar com utentes com PEA, terminou o curso em 2008, no mesmo ano em que surgiram as UEEA, considerando-se a intervenção do TF, nestas unidades, relativamente recente. Segundo a ASHA - *American Speech-Language-Hearing Association*, é esperado um progressivo aumento do número de TF a exercer funções no ramo educacional, mais especificamente, na área da educação especial (ASHA, 2010). Desta forma, sugere-se que o estudo seja continuado, de forma a verificar como tem corrido o trabalho do TF no panorama educacional, quais as suas necessidades e dos seus utentes. No futuro, seria de considerar ainda, a realização de estudos que analisassem a forma mais eficaz de trabalhar com estes utentes, se em contexto escolar, ou clínico.

Este trabalho permitiu também identificar o SCAA mais utilizado, e verificar que estes sistemas são amplamente utilizados, pelos utentes destes TF que não apresentam linguagem verbal oral. Este facto salienta a sua relevância para a comunicação funcional, destas crianças e a necessidade de mais estudos específicos, na área da CAA. A comunicação é das áreas mais afetadas, dentro da tríade de sintomas da PEA e das mais estudadas pelos autores que, ao longo dos anos, têm investigado esta problemática. Neste âmbito, um trabalho de investigação menos abrangente e mais focalizado nesta área, permitirá descobrir, novos dados ou consolidar aspetos já estudados por autores, a nível internacional.

Como já referido, é escassa a investigação acerca do trabalho do TF, principalmente, na área da PEA. Por isso, é necessário continuar a investir em trabalhos, cujos resultados permitam que profissionais, pais e educadores, ligados de alguma forma a indivíduos com PEA, tenham uma fonte fidedigna de informação, que os ajude a intervir/atuar de uma forma mais eficaz junto desta população.

6. Bibliografia

ALMIRALL, CARME; SORO-CAMATS, EMILI; BULTÓ, CARME ROSELL - Sistemas de Sinais e Ajudas Técnicas para a Comunicação Alternativa e a Escrita. São Paulo: Santos, 2003.

AMA, ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS DO AUTISMO- Terapia da Fala. 2010. Disponível em WWW:<URL:http://www.ama-autismo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=129>.

ANDRADE, FÁTIMA - Perturbações da linguagem na criança: análise e caracterização. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. ISBN 978-972-789-280-8.

ANTUNES, NUNO LOBO - Mal-Entendidos. Lisboa: verso de kapa, 2009. ISBN 978-972-8974-82-4.

APA - American Psychiatric Association - DSM-5 Development [em linha]. Arlington: American Psychiatric Association. [Consult. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94#>>].

APA, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-IV Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 4ª Edição. Lisboa: Climepsi editores, 1996. ISBN 972-95908-6-9.

APTF, ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE TERAPEUTAS DA FALA- Instituições com o Curso de Terapia da Fala. APTF, 2010. Disponível em WWW:<URL:<http://www.aptf.org/index2.html?width=undefined&height=undefined&focusManager=%5Flevel0%2EfocusManager&tabChildren=true&tabEnabled=false>>].

ARAÚJO, JOANA ISABEL RODRIGES - As Perturbações do Espectro do Autismo na Região Autónoma da Madeira Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

AS, AUTISM SOCIETY- About Autism. 2008. Disponível em WWW:<URL:http://www.autism-society.org/site/PageServer?pagename=about_home>.

ASHA, AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION - Fact Sheet for Speech-Language Pathology [em linha]. [Consult. Disponível em WWW:<URL:<http://www.asha.org/careers/professions/slp.htm>>].

AYRES, A. JEAN - Sensory Integration and the Child: Understanding Hidden Sensory Challenges. 25. Los Angeles: Western Psychological Services, 2005. ISBN 978.087424.437.3.

BALESTRO, JULIANA; SOUZA, ANA; RECHIA, INAÊ - Terapia fonoaudiológica em três casos do espectro autístico. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia Vol. 14 (2009).

BANKSON, N. - Bankson Language Test-2. Austin: Pro-Ed, 1990.

BARTHÉLÉMY, CATHERINE [et al.] - PERSONS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS - Identification, Understanding, Intervention. AUTISM EUROPE - aisbl, 2010. Disponível em WWW:<URL:<http://www.autismeurope.org/portal/Portals/0/Autism-PWASD.en.pdf>>.

BATISTA, JOANA SOFIA NOGUEIRA - O Perfil do Terapeuta da fala em Portugal. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2011.

BERNARD-OPTIZ, V. - Pragmatic analysis of the communicative behavior of an autistic child. Journal of Speech and Hearing Disorders. Vol. 47 (1982), p. 99-109.

BEUKELMAN, DAVID; MIRENDA, PAT - Augmentative and Alternative Communication - Management of Severe Communication Disorders in Children and Adults. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 1998.

CAPUCHA, LUÍS - Educação Especial - Manual de Apoio à Prática. Lisboa: DGIDC - Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular Direção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo, 2008.

CASTRO, SÃO LUÍS; GOMES, INÊS - Dificuldades de Aprendizagem da Língua Materna. Lisboa: Universidade Aberta, 2000. ISBN 972-674-282-X.

COSTA, ISABEL MONTEIRO DA - O Terapeuta da Fala e a Intervenção em Pessoas com Multideficiência. Porto: Faculdade das Ciências da Educação e Psicologia da Universidade do Porto, 2007.

COUNCIL OF EUROPE, COMITEE OF MINISTERS CE- Resolution ResAP(2007)4 on the education and social inclusion of children and young people with autism spectrum disorders Council of europe, 2007. Disponível em

WWW:<URL:<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1226295&Site=CM&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>>.

CPLOL, STANDING LIAISON COMMITTEE OF E.U. SPEECH AND LANGUAGE THERAPISTS AND LOGOPEDISTS- Orthophonie Logopedics Speech and language therapy 2003. Disponível em WWW:<URL:<http://www.cplol.eu/eng/SLT.htm>>.

CRF, CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA- O que é a Fonoaudiologia. 24 de março de 2010. 2010. Disponível em WWW:<URL:<http://www.fonosp.org.br/crfa-2a-regiao/fonoaudiologia/o-que-e-a-fonoaudiologia/>>.

CYNTHIA R. WEITZ, MARK E. DEXTER, JACQUELYNE R. MOORE - AAC and Individuals with Physical Disabilities In: S. GLENNEN, D. D. - Handbook of Augmentative and Alternative Communication. San Diego, CA: Singular Publishing Group, Inc, 1996. ISBN 1-56593-684-1,

DGIDC - Educação Inclusiva e Educação Especial - Indicadores-chave para o desenvolvimento das escolas: um guia para diretores. In: Lisboa: Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular/ Direção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo, 2011a.

DGIDC- Inquéritos em Meio Escolar. Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) 2011b. Disponível em WWW:<URL:<http://sitio.dgipc.min-edu.pt/investigacao/Paginas/Inqueritosmeioescolar.aspx>>.

DGIDC - Lista de Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo [em linha]. Lisboa: Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. [Consult. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgipc.min-edu.pt/educacaoespecial/index.php?s=directorio&pid=47>>.

DGIDC- Normas Orientadoras - Centros de Recursos TIC para a Educação Especial. Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2007a. Disponível em WWW:<URL:http://www.drealg.min-edu.pt/upload/docs/dsapoe_ee_crticee.pdf>.

DGIDC, DIREÇÃO-GERAL DE INOVAÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO CURRICULAR -- Centros de Recursos para a Inclusão - Reorientação das Escolas Especiais. outubro 2007. DGIDC, 2007b. Disponível em WWW:<URL:http://sitio.dgipc.min-edu.pt/especial/Documents/CR_para_a_Inclusao_outubro2007.pdf>.

DGIDC, DIREÇÃO-GERAL DE INOVAÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO CURRICULAR -- Rede Nacional de Centros de Recursos para a Inclusão (CRI). DGIDC, 2010a. Disponível em WWW:<URL:<http://sitio.dgipc.min-edu.pt/especial/Documents/Rede%20nacional%20de%20CRI.pdf>>.

DGIDC, DIREÇÃO-GERAL DE INOVAÇÃO E DE DESENVOLVIMENTO CURRICULAR -- Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo DGIDC, 2010b. Disponível em WWW:<URL:http://sitio.dgipc.min-edu.pt/especial/Documents/Lista_Unidades/Mapa%20Nacional_UEA.pps>.

DUCHAN, J. F.- A History of Speech - Language Pathology 2010. [Consult. 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acsu.buffalo.edu/~duchan/new_history/overview.html%3E>.

DURAND, V. MARK; MERGES, EILEEN - Functional Communication Training: A Contemporary Behavior Analytic Intervention for Problem Behaviors Focus on Autism and Other Developmental Disabilities. Vol. 16 (2001), p. 110-119

FALÉ, I.; FARIA, I. - TAPAC-PE - Teste de Avaliação da Produção Articulatória de Consoantes do Português Europeu. Lisboa: Edições Colibri, 2001.

FERNANDES, FERNANDA DREUX MIRANDA - Resultados de terapia fonoaudiológica com adolescentes com diagnóstico inserido no espectro autístico. Pró-Fono Vol. 17 (2005), p. 67-76.

FRANCO, MARIA DA GRAÇA; REIS, MARIA JOÃO; GIL, TERESA MARIA SOUSA - Domínio da Comunicação, Linguagem e Fala: Perturbações Específicas de Linguagem em contexto escolar. Lisboa: Ministério da Educação, 2003.

GARCIA, LUIS - Comunicação Aumentativa e Alternativa para o Português Europeu. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, 2003.

GEPE- Estatísticas da Educação 2009/2010 - Jovens GEPE- Gabinete de Estatística e Planeamento de Educação 2010. Disponível em WWW:<URL:http://www.gepe.min-edu.pt/np4/?newsId=611&fileName=EE2009_2010_JOVENS.pdf>.

GONÇALVES, A. [et al.] - Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo
Normas orientadoras. Lisboa: Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular; Direção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo, 2008.

GPEARI, GABINETE DE PLANEAMENTO, ESTRATÉGIA, AVALIAÇÃO E RELAÇÕES INTERNACIONAIS- Estatísticas - Ensino Superior - Diplomados. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2009. Disponível em WWW:<URL:<http://www.gpeari.mctes.pt/?idc=172&idt=154>>.

GREEN, V. [et al.] - Internet survey of treatments used by parents of children with autism. Research in Developmental Disabilities. Vol. 27 (2006), p. 70-84.

GUIMARÃES, I.; GRILO, M. - Teste de Articulação Verbal. Lisboa: Fisiopraxis, 1997.

HESS, KRISTEN L. [et al.] - Autism Treatment Survey: Services Received by Children with Autism Spectrum Disorders in Public School Classrooms. Journal of Autism and Developmental Disorders Vol. 38 (2007), p. 961–971.

HILL, MANUELA MAGALHÃES; HILL, ANDREW - Investigação por Questionário. 1ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2000. ISBN 972-618-233-9.

HOWLIN, P. - The effectiveness of interventions for children with autism. In: Neurodevelopmental Disorders. Austria: Springer Vienna, 2005. ISBN 978-3-211-26291-7, p. 101-119.

HOWLIN, P. - Prognosis in Autism: do specialist treatments affect long-term outcome? European Child & Adolescent Psychiatry. Vol. 6 (1997), p. 55-72.

HOWLIN, PATRICIA - Children with Autism and Asperger Syndrome: A Guide for Practitioners and Carers. New York: Wiley, 1999. ISBN 0-471-98328-4.

JORDAN, RITA - Educação de Crianças e Jovens com Autismo. 1ª Edição. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional Ministério da Educação, 2000. ISBN 972-783-030-7.

JORDAN, RITA; POWELL, STUART - As Necessidades Curriculares Especiais das Crianças Autistas. Londres: The Association of Head Teachers of Autistic Children and Adults, 1990.

KAY, J.; LESSER, R.; COLTHEART, M. - PALPA-P, Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português. Lisboa: CEGOC, 2007.

KIERNAN, CHRIS; REID, BARBARA - Escala da Comunicação Pré- Verbal (ECPV) - Pre-Verbal Communication Schedule. 1987.

KLIN, A. - Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. Rev Bras Psiquiatr. Vol. 28(Supl I) (2006), p. S3-11.

KONSTANTAREAS M., OXMAN J. , WEBSTER C. - Iconicity: effects on the acquisition of sign language by autistic and other severely dysfunctional children. In: Understanding Language Through Sign Language Research. New York: Academic Press, 1978.

LEVY, SUSAN E; MANDELL, DAVID S; SCHULTZ, ROBERT T - Autism. The Lancet. Vol. 374 (2009), p. 1627–1638.

LORD, C.; SCHOPLER, E. - The role of age at assessment, developmental level, and test in the stability of intelligence scores in young autistic children from preschool years through early school age. Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 18 (1989), p. 302-314.

LORD, CATHERINE; PAUL, RHEA - Language and Communication in Autism. In: COHEN, D. J. ; VOLKMAR, F. R. - Autism and Pervasive Developmental Disorders. Toronto: John Wiley&Sons, Inc., 1997.

LOVAAS, O. IVAR - Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in young Autistic Children. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 55, n.º 1 (1987), p. 3-9.

MAYER-JOHNSON - Boardmaker - Picture Communication Systems [em linha]. [Consult. Disponível em WWW:<URL:<http://www.mayer-johnson.com/boardmaker-with-speaking-dynamically-pro-v6/>>].

ME, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO- Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de janeiro. Diário da República, 2008. Disponível em

WWW:<URL:http://sitio.dgidc.min-edu.pt/especial/Documents/dl_n_3_2008.pdf>.

MELLO, ANA MARIA S. ROS DE - Autismo : guia prático. 4ª edição. São Paulo: AMA - Associação de Amigos do Autista, 2004.

MENDES, ANA [et al.] - Teste Fonético-Fonológico (ALPE). Aveiro: Designeed, Lda, 2009.

MENEZES, CAMILA GIOCONDA DE LIMA E; PERISSINOTO, JACY - Joint attention ability in children with autistic spectrum disorders. Pró-Fono. Vol. 20 (2008), p. 273-278.

MORATO, PRISCILLA - Perfil Funcional da Comunicação e a Adaptação Sócio-Comunicativa no Espectro Autístico. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 2007.

O'ROAK, BRIAN J.; STATE, MATTHEW W. - Autism Genetics: Strategies, Challenges, and Opportunities. Wiley InterScience. Vol. 1 (2008), p. 4–17.

OLIVEIRA, GUIOMAR [et al.] - Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. Developmental Medicine & Child Neurology. Vol. 49 (2007a), p. 726-733.

OLIVEIRA, GUIOMAR [et al.] - Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. Developmental Medicine & Child Neurology. Vol. 49 (2007b), p. 726–733.

PANHOCA, IVONE; BAGAROLLO, MARIA - Sujeitos Autistas em Terapêutica fonoaudiológica grupal. In: Abordagens Grupais em Fonoaudiologia Contextos e Aplicações. São Paulo: Plexus, 2007. ISBN 978-85-85689-82-7,

PEREIRA, EDGAR DE GONÇALVES - Autismo: do conceito à pessoa. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação, 1996. ISBN 972-9301-21-2.

PIVEN, JOSEPH [et al.] - Broader Autism Phenotype: Evidence From a Family History Study of Multiple-Incidence Autism Families. The American Journal of Psychiatry. Vol. 154 (1997).

QUIVY, RAYMOND; CAMPENHOUDT, LUC - Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, 1992.

REBELO, A. - Prevenção e Terapêutica da Fala. Lisboa: Escola Superior de Saúde de Alcoitão, 1998.

REBELO, ANA CRISTINA; VITAL, ANA PAULA - Desenvolvimento da Linguagem e Sinis de Alerta: Construção e Validação de um Folheto Informativo. Re(habilitar) - Revista da ESSA. Vol. 2 (2006), p. 69-98.

REYNELL, J.; HUNTLEY, M. - Reynell Developmental Language Scales Manual. Windsor: NFER-NELSON, 1987.

RICE, CATHERINE- Prevalence of Autism Spectrum Disorders -Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. 18 de dezembro de 2009 Centers for Disease Control and Prevention - Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 2006.

ROGÉ, BERNARDETTE [et al.] - Educautisme - Infância. Setúbal: Escola Superior de Educação de Setúbal, 1998.

ROLLINS, PR.; SNOW, CE. - Shared attention and grammatical development in typical children and children with autism. Journal of child language. Vol. 25 (1998), p. 653-673.

SANTOS, RAQUEL PEREIRA REIS - A Linguagem em Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo: Análise Morfossintática. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2009.

SCHLOSSER, RALF W.; WENDT, OLIVER - Effects of Augmentative and Alternative Communication Intervention on Speech Production in Children With Autism: A Systematic Review. American Journal of Speech-Language Pathology Vol. Vol.17 (2008), p. 212-230.

SCHOPLER, ERIC; MESIBOV, GARY B. - Introduction to Communication problems in Autism. In: SCHOPLER, E. ; MESIBOV, G. B. - Communication Problems in Autism. Nova Iorque: Plenum Press, 1985.

SHORT, C.B.; SCHOPLER, E. - Factors relating to age of onset in autism Journal of Autism and Developmental Disorders. Vol. 18 (1988), p. 207-216.

SIEGEL, BRYNA - O mundo da criança com autismo: Compreender e tratar perturbações do espectro do autismo. 1ª Edição. Porto: Porto Editora, 2008. ISBN 0-19-511917-7.

SILVA, AIDA MARIA DA SILVA FERNANDES - A Participação Estudantil na Universidade. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico, 2008.

SILVA, ALEXANDRA CATARINA VIEIRA DA - Estudo de Competências Pragmáticas no Autismo: Sarcasmo e Humor. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010.

SILVESTRE, ANTÓNIO LUÍS - Análise de Dados Estatística Descritiva. Escolar Editora, 2007. ISBN 9789725922088.

SIM-SIM, INÊS - Avaliação da Linguagem Oral: Um Contributo para o conhecimento do desenvolvimento linguístico das crianças portuguesas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

SIM-SIM, INÊS; SILVA, ANA CRISTINA; NUNES, CLARISSE - Linguagem e Comunicação no jardim de infância: Textos de Apoio para Educadores de Infância. Lisboa: Ministério da Educação Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, 2008. ISBN 978-972-742-288-3.

SIMPSON, RICHARD L. [et al.] - Autism Spectrum Disorders: Interventions and treatments for children and youth. Thousand Oaks, California: Corwin Press, 2005.

SUA-KAY, E.; SANTOS, MARIA EMÍLIA - Grelha de Observação da Linguagem Nível Escolar (GOL-E). Lisboa: Escola Superior de Saúde do Alcoitão, 2003.

SUA-KAY, E.; TAVARES, D. - TALC - Teste de Avaliação da Linguagem na Criança. Lisboa: Oficina Didática, 2006.

TAGER-FLUSBERG, HELEN- The Challenge of Studying Language Development in Children With Autism. University of Massachusetts, 2000. Disponível em WWW:<URL:http://www.abiliko.co.il/Media/Uploads/challenge_lang_dev_autism.pdf>.

TAMANAH, ANA CARINA; PERISSINOTO, JACY; CHIARI, BRASILIA MARIA - Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Vol. 13 (2008), p. 296-299.

TANAKA, OSWALDO Y.; MELO, CRISTINA - Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004. ISBN 85-314-0617-X.

VIANA, LEOPOLDINA - Da Linguagem Oral à leitura: construção e validação do teste de identificação de competências linguísticas. Braga: Universidade do Minho, 1998.

VOLKMAR, FRED R; PAULS, DAVID - Autism. The Lancet. Vol. 362 (2003), p. 1133–1141.

WALSH, REGINA- A History of Terminology: International Group on Terminology Frameworks – Communication Science and Disorders. Speech Pathology Australia and Australian Federal Government Department of Education, Science and Training, 2010. Disponível em WWW:<URL:http://www.cplol.eu/eng/History_of_CSD.pdf>.

WATSON, LINDA R. - The Teacch communication curriculum. In: ERIC SCHOPLER, G. B. M. - Communication problems in autism. New York: Plenum Publishing Corporation, 1985. ISBN 0-306-41859-2,

WETHERBY, A.; PRIZANT, B. - Autism spectrum disorders - a transactional developmental perspective. Baltimore: Paul Brooks, 2001.

WETHERBY, AMY M.; SCHULER, ADRIANA L.; PRIZANT, BARRY M. - Enhancing Language and Communication Development: Theoretical Foundations. In: COHEN, D. J. ; VOLKMAR, F. R. - Autism and Pervasive Developmental Disorders. Toronto: John Wiley & Sons, Inc, 1997.

Anexos

Anexo 1 - Critérios de diagnóstico do DSM IV baseados nos códigos da ICD-10.

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico para Perturbação Autística, de acordo com DSM-IV, (APA, 1996)

Critérios de diagnóstico para Perturbação Autística

A. Um total de seis (ou mais) itens de (1) (2) e (3), com pelo menos dois de (1), e um de (2) e de (3).

(1)défice qualitativo na interação social, manifestado pelo menos por duas das seguintes características:

- (a) acentuado déficit no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como, contacto ocular, expressão facial, postura corporal e gestos reguladores da interação social.
- (b) incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento.
- (c) ausência da tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres e interesses ou objetivos (por exemplo, não mostrar, trazer ou indicar objetos de interesse).
- (d) falta de reciprocidade social ou emocional.

(2)défices qualitativos na comunicação, manifestados pelo menos por uma das seguintes características:

- (a) atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral (não acompanhada de tentativas para compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica)
- (b) nos sujeitos com um discurso adequado, uma acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação com os outros.
- (c) uso estereotipado ou repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática.
- (d) ausência de jogo realista espontâneo, variado, ou de jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento.

(3)padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados, que se manifestam pelo menos por uma das seguintes características:

- (a) preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no seu objetivo.
- (b) adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais.
- (c) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir ou rodar as mãos ou dedos ou movimentos complexos de todo o corpo.)
- (d) preocupação persistente com partes de objetos.

B. Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem usada na comunicação social, (3) jogo simbólico ou imaginativo.

C. A perturbação não é melhor explicada pela presença de uma Perturbação de Rett ou Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância.

Tabela 2 -Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Rett, de acordo com DSM-IV, (APA, 1996).

Critérios de diagnóstico para Perturbação de Rett

- A. Todas as características seguintes:
- (1)desenvolvimento pré-natal e perinatal aparentemente normais
 - (2)desenvolvimento psicomotor aparentemente normal durante os primeiros cinco meses após o nascimento.
 - (3) perímetro craniano normal ao nascimento.
- B. Após um período normal de desenvolvimento, aparecimento de todas as características seguintes:
- (1) desaceleração do crescimento craniano entre os cinco e os 48 meses
 - (2) perda das aptidões manuais intencionais, previamente adquiridas, entre os cinco e os 30 meses de idade, com subsequente desenvolvimento de movimentos manuais estereotipados (por exemplo, escrever ou lavar as mãos)
 - (3) perda do envolvimento social no início da perturbação (ainda que muitas vezes a interação social se desenvolva mais tarde)
 - (4) aparecimento de má coordenação da marcha ou de movimentos do tronco
 - (5) incapacidade grave no desenvolvimento da linguagem recetiva-expressiva com grave atraso psicomotor

Tabela 3 - Critérios de Diagnóstico para Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, de acordo com DSM-IV, (APA, 1996).

Critérios de diagnóstico para Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância

- A. Desenvolvimento aparentemente normal pelo menos durante os dois primeiros anos após o nascimento, manifestado pela presença de comunicação verbal e não-verbal, relação social, jogo e comportamento adaptativo adequados à idade.
- B. Perda clinicamente significativa de aptidões previamente adquiridas (antes da idade dos 10 anos) pelo menos em duas das seguintes áreas:
- (1)linguagem expressiva ou recetiva
 - (2)competências sociais ou comportamento adaptativo
 - (3)controlo intestinal ou vesical
 - (4)jogo
 - (5)competências motoras
- C. Anomalias no funcionamento em pelo menos duas das seguintes áreas:
- (1)défi ce qualitativo da interação social (por exemplo, défi ce dos comportamentos não verbais, incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, ausência de reciprocidade social ou emocional)
 - (2)incapacidades qualitativas na comunicação (por exemplo, atraso ou perda da linguagem falada, incapacidade para iniciar ou manter uma conversa, uso de linguagem estereotipada ou repetitiva, ausência de jogo simbólico variado)
 - (3)padrões de comportamento, interesses e atividades restritivos, repetitivos e estereotipados, incluindo estereotípi as motoras e maneirismos.
- D. Esta perturbação não é melhor explicada pela presença de outra Perturbação Global do Desenvolvimento ou pela Esquizofrenia.

Tabela 4 - Critérios de Diagnóstico para Perturbação de Asperger, de acordo com DSM-IV, (APA, 1996).

Critérios de diagnóstico para Perturbação de Asperger

- A. Défice qualitativo da interação social manifestado pelo menos por duas das seguintes características:
- (1) acentuado défice no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como: contacto olhos nos olhos, postura corporal e gestos reguladores da interação social
 - (2) incapacidade para desenvolver relações com os companheiros, adequadas ao nível de desenvolvimento
 - (3) ausência da tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses ou objetivos (por exemplo, não mostrar, trazer ou indicar objetos de interesse)
 - (4) falta de reciprocidade social ou emocional
- B. Padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados, que se manifestam pelo menos por uma das seguintes características:
- (1) preocupação absorvente por um ou mais padrões estereotipados e restritivos de interesses que resultam anormais, quer na intensidade quer no objetivo
 - (2) adesão, aparentemente inflexível, a rotinas ou rituais específicos, não funcionais
 - (3) maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, sacudir ou rodar as mãos ou dedos ou movimentos complexos de todo o corpo)
 - (4) preocupação persistente com partes de objetos
- C. A perturbação produz um défice clinicamente significativo da atividade social, laboral ou de outras áreas importantes do funcionamento.
- D. Não há um atraso geral da linguagem clinicamente significativo (por exemplo, uso de palavras simples aos dois anos de idade, frases comunicativas aos três anos de idade)
- E. Não há atraso clinicamente significativo no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento das aptidões de autoajuda próprias da idade, no comportamento adaptativo (distinto da interação social) e na curiosidade acerca do meio ambiental durante a infância.
- F. Não preenche os critérios para outra Perturbação Global do Desenvolvimento ou Esquizofrenia.

Anexo 2 – Pedido de colaboração aos Diretores dos Agrupamentos de Escolas e CRI; Informação para Terapeuta(s) da Fala

➤ Pedido de colaboração aos Diretores dos Agrupamentos de Escolas e CRI:

Exmo.(a) Sr.(a) Diretor(a),

Venho por este meio solicitar a V. Ex^a autorização para aplicar um questionário ao(s) Terapeuta(s) da Fala que exerce(m) funções na(s) Unidade(s) de Ensino Estruturado para a Educação de alunos com Perturbação do Espectro do Autismo (UEEA) no agrupamento de que é responsável.

Com o questionário a aplicar, pretende-se identificar/caracterizar o trabalho do Terapeuta da Fala com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), identificar as competências comunicativas destas crianças, assim como os meios de comunicação aumentativos e alternativos mais utilizados pelas que não apresentam comunicação verbal oral.

Os dados a recolher são essenciais para o trabalho de preparação da Dissertação referente ao Mestrado em Ciências da Fala e da Audição, da Universidade de Aveiro, com o tema “O Terapeuta da Fala e o Autismo”.

O questionário é anónimo e todos os dados serão tratados com a devida confidencialidade. Mais informo que o inquérito e os procedimentos associados foram aprovados pela Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) a 3 de junho de 2011 (inquérito n.º 0149200001, registado a 16 de maio de 2011, com a designação “O Terapeuta da Fala e o Autismo”, no site <http://mime.gepe.min-edu.pt>).

Solicito, assim, a sua colaboração para reencaminhar o documento que segue em anexo (“Informação para Terapeuta(s) da Fala”), ao(s) Terapeuta(s) da Fala que se encontram na situação supracitada, no qual é disponibilizado o endereço eletrónico, para o preenchimento online do questionário (<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHaIRXM0tEbG44cmJmT1B BRGINRnc6MQ>).

O questionário estará disponível para preenchimento até ao dia 30 de junho de 2011.

Certa de que este pedido irá merecer a melhor atenção por parte de V. Ex^a, apresento os melhores cumprimentos e disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional.

Aveiro, 12 de junho de 2011.

A Terapeuta da Fala,
Maria João do Nascimento Pedro

➤ Informação para Terapeuta(s) da Fala:

Exmo.(a) Sr.(a) Terapeuta da Fala,

Venho por este meio solicitar a V. Ex^a o preenchimento de um inquérito, através do qual se pretende identificar/caracterizar o trabalho do Terapeuta da Fala com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), identificar as competências comunicativas destas crianças, assim como os meios de comunicação aumentativos e alternativos mais utilizados pelas que não apresentam comunicação verbal oral.

Os dados a recolher são essenciais para o meu trabalho de preparação da Dissertação referente ao Mestrado em Ciências da Fala e da Audição, da Universidade de Aveiro, com o tema “O Terapeuta da Fala e o Autismo”.

O questionário é anónimo e todos os dados serão tratados com a devida confidencialidade. Mais informo que o inquérito e os procedimentos associados foram aprovados pela Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) a 3 de junho de 2011 (inquérito n.º 0149200001, registado a 16 de maio de 2011, com a designação “O Terapeuta da Fala e o Autismo”, no site <http://mime.gepe.min-edu.pt>).

Solicito, assim, a sua colaboração para o preenchimento online do questionário, disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHaIRXM0tEbG44cmJmT1BBRGINRnc6MQ>.

O questionário estará disponível para preenchimento até ao dia 30 de junho de 2011.

Certa de que este pedido irá merecer a melhor atenção por parte de V. Ex^a, apresento os melhores cumprimentos e disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional.

Aveiro, 12 de junho de 2011.

A Terapeuta da Fala,
Maria João do Nascimento Pedro

Anexo 3 – Lista de UEEA – Ano Letivo 2010/2011

Tabela 1 – Lista de UEEA pertencentes à DREN- Adaptado de DGIDC, 2011c.

| Concelhos | Agrupamento de Escolas (A.E.) | Unidades (UEEA) |
|-----------------------|--|--|
| Vinhais | A.E. Afonso III | EB1 Vinhais |
| Póvoa de Varzim | A.E. A-Ver-O-Mar | EB1/JI Aldeia |
| Baião | A.E. Vale de Ovil | Centro Escolar de Vale de Ovil |
| Vila Nova de Cerveira | A.E. Cerveira | EB2/S Vila Nova de Cerveira |
| Viana do Castelo | A.E. Darque | EB1/JI Senhora das Oliveiras |
| Guimarães | A.E. Fernando Távora | EB1/JI Nossa Senhora da Conceição |
| | | EB1 de Motelo |
| | | EB2,3 de Fermentões |
| Porto | A.E. Gomes Teixeira | EB1 do Bom Sucesso |
| | | 2 UEEA- EB2,3 Gomes Teixeira |
| Maia | A.E. Gonçalo Mendes da Maia | 2 UEEA - Centro Escolar da Maia |
| | | 2 UEEA - EB2,3 da Maia |
| Matosinhos | A.E. Leça da Palmeira | 2 UEEA - EB1/JI Viscondessa |
| Fafe | A.E. Montelongo | EB1/JI da Matriz |
| Braga | A.E. Nascente do Este | EB2,3 de Gualtar |
| | | EB1 de Gualtar |
| Maia | A.E. Pedrouços | EB1/JI da Boucinha |
| Valongo | A.E. São Lourenço- Ermesinde | EB1/JI do Carvalhal |
| Espinho | A.E. Sá Couto | EB1/JI da Anta n.º3 |
| Vila Nova de Gaia | A.E. Sofia de Mello Breyner | EB1/JI Matosinhos |
| | A.E. Valadares | EB1/JI Lagos |
| | | EB2,3 de Valadares |
| Barcelos | A.E. Vale do Tâmel | EB1 da Silva |
| Vila Nova de Gaia | Sec./3º ciclo Dr. Joaquim Gomes Ferreira Alves | Sec./3º ciclo Dr. Joaquim Gomes Ferreira Alves |
| Arouca | A.E. Escariz | Centro Escolar de Escariz |
| | | EB1/JI Cabeçais |
| Espinho | A.E. Sá Couto | EB2,3 Sá Couto |
| Esposende | A.E. Terras Baixo Neiva | EBI Forjães |
| Fafe | A.E. Montelongo | EB2,3 Montelongo |
| V.N.Famalicão | A.E. Bernardino Machado | EB1 Agra Maior |
| Guimarães | A.E. Fernando Távora | EB2,3 de Fermentões |
| Póvoa de Varzim | A.E. A-Ver-O-Mar | EB2,3 Aver-o-Mar |

Tabela 2 - Lista de UEEA pertencentes à DREC- Adaptado de (DGIDC, 2011c)

| Concelhos | Agrupamento de Escolas (A.E.) | Unidades (UEEA) |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Viseu | A.E. Azeredo Perdigão | EB Dr. Azeredo Perdigão |
| | A.E. Grão Vasco | EB Viseu n.º 1 |
| | A.E. Viso | EB Viseu n.º 6 |
| Castelo Branco | A.E. Afonso Paiva | EB Santiago |
| Águeda | A.E. Águeda | EB Fernando Caldeira |
| Batalha | A.E. Batalha | EB Mouzinho de Albuquerque |
| Albergaria-a-Velha | A.E. Branca | EB Laginhas |
| Castro Daire | A.E. Castro Daire | EB Castro Aire |
| Leiria | A.E. Colmeias | EB n.º 1 Colmeias |
| | | EB n.º 2 Colmeias |
| | A.E. José Saraiva | EB Cruz de Areia |
| | | EB José Saraiva |
| | A.E. Marrazes | EB n.º 1 de Marrazes |
| | | EB n.º 2 de Marrazes |
| Condeixa-a-Nova | A.E. Condeixa-a-Nova | EB2,3 Condeixa |
| Soure | A.E. de Soure | EB S. Martinho Árias |
| Aveiro | A.E. Esgueira | EB da Esgueira |
| | | 2 UEEA - EB Aires Barbosa |
| Figueiró dos Vinhos | A.E. Figueiró dos Vinhos | EB n.º 2 Figueiró dos Vinhos |
| Ílhavo | A.E. Gafanha da Encarnação | EB Gafanha da Encarnação |
| Canas de Senhorim | AE Canas | EB/S Eng. Dionísio Augusto Cunha |
| Pombal | A.E. Gualdim Pais | EB Gualdim Pais |
| Marinha Grande | A.E. Guilherme Stephens | EB Guilherme Stephens |
| Figueira da Foz | A.E. Buarcos | JI Buarcos |
| | | EB1 Serrano |
| | | EB2,3 Infante D.Pedro |
| Lousã | A.E. Lousã | EB 2,3 Lousã |
| Coimbra | A.E. Poeta Silva Gaio | JI Almedina |
| | | EB Almedina |
| | | JI Carvalhais de Baixo |
| | A.E. Martim de Freitas | 2 UEEA - EB Martim de Freitas |
| | | EB de Coselhas |
| Mira | A.E. Mira | EB n.º 1 de Mira |
| | | EB 2,3 Mira |
| Mortágua | A.E. Mortágua | ES Dr. José Lopes de Oliveira |
| Murtosa | A.E. Murtosa | EB do Monte |
| Oliveira do Bairro | A.E. Oliveira do Bairro | EB Oiã |

Tabela 2 (continuação) – Lista de UEEA pertencentes à DREC- Adaptado de DGIDC, 2011c.

| Concelhos | Agrupamento de Escolas (A.E.) | Unidades (UEEA) |
|-----------------|------------------------------------|---|
| Ovar | A.E. Ovar | EB S. Donato |
| Belmonte | A.E. Pedro Álvares Cabral | EB/S Pedro Álvares Cabral |
| Porto de Mós | A.E. Porto de Mós | EB de Corredoura |
| Proença-a-Nova | A.E. Proença-a-Nova | EB Proença-a-Nova |
| S. Pedro do Sul | A.E. Santa Cruz da Trapa | EB |
| Fundão | A.E. Serra da Gardunha | EB Tílias |
| Sertã | A.E. Sertã | EB da Sertã |
| Fundão | A.E. Terras de Xisto -Silvares | EB de Silvares |
| Guarda | A.E. Zona Urbana da Guarda | EB Augusto Gil |
| Covilhã | AE. A Lã e a Neve | EB S. Domingos |
| Mangualde | AE. Mangualde | EB de Mangualde n.º 2 |
| Seia | A.E. Guilherme Correia de Carvalho | JI de Seia |
| | | EB2,3 Dr. Guilherme Correia de Carvalho |
| Carregal do Sal | A.E. Carregal do Sal | EB Fiais da Telha |
| Ansião | A.E. Ansião | EB/S Dr. Pascoal de Melo |
| Mealhada | Agrupa. Mealhada | EB Mealhada (2º/3º Ciclos) |
| | Agrupa. Pêro da Covilhã | EB Pêro da Covilhã |

Tabela 3 (continuação) - Lista de UEEA pertencentes à DRELVT- Adaptado de DGIDC, 2011c.

| Concelhos | Agrupamento de Escolas (A.E.) | Unidades (UEEA) |
|-----------|---|--|
| Almeirim | Agrup. Febo Moniz | EB1 Almeirim nº 1 |
| Rio Maior | Agrup. Fernando Casimiro Pereira da Silva | EB1 Fernando Casimiro Pereira da Silva |
| | | EB Fernando Casimiro Pereira da Silva |
| | Agrup. Marinhas do Sal | EB1 Marinhas do Sal |
| Santarém | Agrup. Mem Ramires | EB1 Santarém nº 7 – Leões |
| | Agrup. Alcanede | Centro Escolar de Alcanede |
| Alpiarça | Agrup. José Relvas | EB1 Alpiarça |
| Lisboa | Agrup. Delfim Santos | EB1 António Nobre |
| | | EB23 Delfim Santos |
| | Agrup. Francisco Arruda | EB1 Santo Amaro |
| | | EB23 Francisco Arruda |
| | Agrup. Belém - Restelo | EB 2,3 Paula Vicente |
| | Agrup. Padre Bartolomeu de Gusmão | EB1 Eng. Ressano Garcia |
| | Agrup. Stª Maria dos Olivais | EB1 Lisboa nº 183 |
| | | EB dos Olivais |
| | Agrup. S. Vicente / Telheiras | EB1 Prista Monteiro |
| | Agrup. Patrício Prazeres | EB1 Lisboa n.º 21 |
| Cascais | Agrup. Cascais | EB1 Torre |
| | | EB23 Prof. António Pereira Coutinho |
| | Agrup. Matilde Rosa Araújo | EB1 António Torrado |
| | Agrup. Alcabideche | EB 1 Alcoitão nº1 |
| | | |
| Sintra | Agrup. Ferreira de Castro | EB1/JI Mem Martins |
| | | EB Ferreira de Castro |
| | Agrup. Rio de Mouro/ Padre Alberto Neto | EB1 Rio de Mouro nº 1 |
| | | |
| | Agrup. Maria Alberta Menéres | EB23 Maria Alberta Menéres |
| | | EB Maria Alberta Menéres |
| | Agrup. Serra das Minas | EB1/JI Serra das Minas |
| | Agrup. Professor Agostinho da Silva | EB 1 / JI Casal de Cambra |
| | | EB Prof. Agostinho da Silva |
| | Agrup. Ruy Belo | EB Monte Abraão |
| | Agrup. Ribeiro de Carvalho | EB1 Cacém |

Tabela 3 (continuação) – Lista de UEEA pertencentes à DRELVT- Adaptado de DGIDC, 2011c.

| Concelhos | Agrupamento de Escolas (A.E.) | Unidades (UEEA) |
|-------------------|--|--------------------------------|
| Loures | Agrup. João Villaret | EB1/JI do Fanqueiro |
| | | EB23 João Villaret |
| | Agrup. Bobadela | EB1 Bobadela |
| | Agrup. Nº1 de Loures | EB1/JI Loures |
| | | EB2,3 Luís de Sttau Monteiro |
| | | EB Lousa |
| | Agrup. Portela e Moscavide | EB Portela |
| Odivelas | Agrup. Avelar Brotero | EB1 Odivelas nº 5 |
| | Agrup. Póvoa de Stº Adrião | EB1/JI Chafariz d' El Rei |
| | Agrup. Vasco Santana | EB 2,3 Vasco Santana |
| | | EB Casal dos Apréstimos |
| Abrantes | Agrup. Dr. Manuel Fernandes | EB1/JI António Torrado |
| | | EB e Sec. Dr. Manuel Fernandes |
| | Agrup. D. Miguel de Almeida | EB 2,3 D Miguel de Almeida |
| Arruda dos Vinhos | Agrup. Arruda dos Vinhos | EB Arranhó |
| Ourém | Agrup. Ourém | EB1 Monfortinos |
| Tomar | Agrup. D. Nuno Álvares Pereira | EB1/JI Vale Donas |
| | | EB23 D. Nuno Álvares Pereira |
| Torres Novas | Agrup. Gil Paes | EB Visconde de são João |
| Entroncamento | Agrup. Alpha | EB 23 Dr. Ruy de Andrade |
| | | EB 1 Entroncamento |
| Lourinhã | Agrup. Ribamar | EB23 Ribamar |
| | Agrup. Dr. Afonso Rodrigues Pereira | EB Cabeça Gorda |
| | Agrup. Dr. João das Regras (D. Lourenço Vicente) | EB Ribamar |
| Nazaré | Agrup. Nazaré | EB1Nazaré |
| Alcobaça | Agrup. Frei Estêvão Martins | EB1 /JI Alcobaça |
| | | EB 23 Frei Estêvão Martins |
| Alenquer | Agrup. Pêro de Alenquer | EB 23 Pêro de Alenquer |
| Cartaxo | Agrup. Marcelino Mesquita | EB do Cartaxo |

Tabela 3 (continuação) – Lista de UEEA pertencentes à DRELVT- Adaptado de DGIDC, 2011c

| Concelhos | Agrupamento de Escolas (A.E.) | Unidades (UEEA) |
|-----------|-------------------------------|------------------------------|
| Barreiro | Agrup. Álvaro Velho | EB1/JI Lavradio nº 2 |
| | | EB Álvaro Velho |
| | Agrup. Alfredo da Silva | Centro Escolar Varge Mondar |
| | Agrup. Qt.ª Nova da Telha | EB Quinta Nova da Telha |
| Moita | Agrup. Vale da Amoreira | EB1/JI Vale da Amoreira |
| | | EB 2,3 Vale da Amoreira nº 2 |
| | Agrup. Mouzinho da Silveira | EB 1 Baixa da Banheira nº2 |
| Palmela | Agrup. José Maria dos Santos | EB1 Pinhal Novo nº 2 |
| | | EB Salgueiro Maia |
| Almada | Agrup. Monte da Caparica | EB Rogério |
| | Agrup. D. António Costa | EB1 Cataventos da Paz |
| | | EB D. António Costa |
| | Agrup. Vale Rosal | EBI Vale Rosal |
| Seixal | Agrup. Conceição e Silva | EB1 Alfeite |
| | | EB1/JI Quinta da Medideira |
| | | EB1/JI Infante D. Augusto |
| | | EB 2,3 Pedro Eanes Lobato |
| | Agrup. Terra de Laurus | EB 2,3 Pedro Eanes Lobato |
| Setúbal | Agrup. Barbosa du Bocage | EB Foros da Amora |
| | Agrup. Cetóbriga | EB1/JI dos Arcos |
| | Agrup. Luísa Todi | EB23 Aranguez |
| Sesimbra | Agrup. Boa Água | EB Luísa Todi |
| | Agrup. Castelo | EB Quinta do Conde n.º 2 |
| | | EB1 da Maça |
| Montijo | Agrup. Poeta Joaquim Serra | EB1 Santana |
| Amadora | Agrup. Alfornelos | EB Afonsoeiro |
| | | EB1/ JI Santos Mattos |
| | Agrup. Dr Azevedo Neves | EB 23 Alfornelos |
| Peniche | Agrup. Dr Azevedo Neves | EB 1 José Ruy |
| | Agrup. Peniche | EB 1 José Ruy |
| Peniche | Agrup. Peniche | EB1 Peniche nº3 |
| | Agrup. Atouguia da Baleia | EB Geraldês |

Tabela 3 (continuação) – Lista de UEEA pertencentes à DRELV- Adaptado de DGIDC, 2011c.

| Concelhos | Agrupamento de Escolas (A.E.) | Unidades (UEEA) |
|------------------------|-------------------------------|--|
| Oeiras | Agrup. Miraflores | EB1/JI Sofia de Carvalho |
| | | EBI Miraflores |
| | Agrup. Conde de Oeiras | EB 1 /JI Sá de Miranda |
| | Agrup. Amélia Rey Colaço | EB D. Pedro V |
| Mafra | Agrup. de Mafra | EB2,3 Mafra |
| | | EB Sanches Pinto |
| | Agrup. Escolas da Ericeira | EB Ericeira |
| | | EB António Bento Franco |
| Vila Franca de Xira | Agrup. Dr. Sousa Martins | Centro Escolar Dr. Sousa Martins – EB Vila Franca de Xira |
| Torres Vedras | Agrup. Padre Francisco Soares | EB1/JI Conquinha |
| | | EB2,3 Padre Francisco Soares |
| Sobral de Monte Agraço | Agrup. Joaquim Inácio da Cruz | EB e Sec. Sobral de Monte Agraço |
| Constância | Agrup. De Constância | EB e Sec. Luís de Camões |
| Caldas da Rainha | Agrup. Santo Onofre | EB Santo Onofre |
| | | EB Santo Onofre |
| | Agrup. D. João II | EB do Pópulo |
| Benavente | Agrup. Samora Correia | EB1 Fontes dos Escudeiros |
| Azambuja | Agrup. Vale de Aveiras | EB1 Aveiras de Cima |

Tabela 4 - Lista de UEEA pertencentes à DREA- Adaptado de DGIDC, 2011c.

| Concelhos | Agrupamento de Escolas (A.E.) | Unidades (UEEA) |
|----------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Castro Verde | A.E. Castro Verde | ES de Castro Verde |
| Ferreira do Alentejo | A.E. Ferreira do Alentejo | EBI/JI Ferreira do Alentejo |
| Moura | A.E. Moura | EB2,3 de Moura |
| | A.E. Amareleja | EBI de Amareleja |
| Évora | A.E. N.º1 de Évora | EBI/JI da Malagueira |
| Portalegre | A.E. N.º1 de Portalegre | EB1 de Atalaião |
| | | EB2,3 José Régio |
| Elvas | A.E. Vila Boim | EBI/JI Vila Boim |
| Vendas Novas | A.E. Vendas | EBI de Vendas Novas |
| Campo Maior | A.E. Campo Maior | EB2,3 São João Baptista |
| Redondo | A.E. Redondo | EB2,3/S Dr. Hernâni Cidade |
| Santo André | A.E. Santo André | EB2,3 Santo André |

Tabela 5 - Lista de UEEA pertencentes à DREALG- Adaptado de DGIDC, 2011c.

| Concelhos | Agrupamento de Escolas (A.E.) | Unidades (UEEA) |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Loulé | A.E. Almancil | EB1 de Almancil |
| | | EB2,3 António de Sousa Agostinho |
| Vila Real de Sto António | A.E. D. José I | EB1/JI Caldeira Alexandre |
| Silves | A.E. Algoz | EB 2,3 de Algoz |
| Albufeira | A.E. Ferreiras | EB1 de Ferreiras |
| Aljezur | A.E. Aljezur | EB1/JI de Aljezur |
| S. Brás de Alportel | A.E. José Belchior Viegas | EB1 n.º 2 de S. Brás de Alportel |
| Lagos | A.E. Lagos | EB1n.º 3 de Lagos |
| Faro | A.E. Estoi | EB1 da Conceição |
| Portimão | A.E. Professor José Buísel | EB1 Major David Neto |
| | | EB2,3 Prof. José Buísel |
| Castro Marim | A.E. Castro Marim | EB1 de Castro Marim |
| | | EB2,3 de Castro Marim |
| Olhão | A.E. João da Rosa | EB1 n.º 6 de Olhão |

Anexo 4 – Rede Nacional de Centros de Recursos para a Inclusão (CRI)

Os Centros de Recursos para a Inclusão acreditados nos termos constantes do Aviso nº 22914/2008, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 170, de 3 de setembro são:

- Associação de Pais e Técnicos para a Integração do Deficiente – Nós
- Associação de Pais e Amigos das Crianças Inadaptadas de Barcelos (APACI)
- Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APC de Coimbra)
- Associação de Paralisia Cerebral de Évora (APCE)
- Associação de Paralisia Cerebral de Odemira (APCO)
- Associação de Paralisia Cerebral de Vila Real (APCVR)
- Associação do Porto de Paralisia Cerebral (APPC)
- Associação para a Educação de Crianças Inadaptadas de Torres Vedras (APECI)
- Associação para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas de Mafra (APERCIM)
- Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã (ARCIL)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Viseu (APPACDM de Viseu)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Elvas (APPACDM de Elvas)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Setúbal (APPACDM de Setúbal)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Soure (APPACDM de Soure)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Vila Real – Sabrosa (APPACDM de Vila Real – Sabrosa)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Viana do Castelo (APPACDM de Viana do Castelo)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Braga (APPACDM de Braga)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Vila Nova de Poiares (APPACDM de Vila Nova de Poiares)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Castelo Branco (APPACDM de Castelo Branco)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Marinha Grande (APPACDM da Marinha Grande)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Coimbra (APPACDM de Coimbra)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Portalegre (APPACDM de Portalegre)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Évora (APPACDM de Évora)
- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Lisboa (APPACDM de Lisboa)

- Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Santarém (APPACDM de Santarém)
- Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Faro (APPC de Faro)
- Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral de Viseu (APPC de Viseu)
- Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa (APPDA de Lisboa)
- Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo do Norte (APPDA Norte)
- Centro de Ação Social do Concelho de Ílhavo (CASCI)
- Centro de Educação Especial Rainha D. Leonor (CEE Rainha D. Leonor)
- Centro de Educação Especial, Reabilitação e Integração de Alcobaça (CEERIA)
- Centro de Educação para o Cidadão Deficiente de Mira Sintra (CECD Mira Sintra)
- Centro de Ensino e Recuperação do Entroncamento (CERE)
- Centro de Integração e Reabilitação de Tomar (CIRE)
- Centro de Paralisia Cerebral de Beja (APPC de Beja)
- Centro de Reabilitação e Integração Torrejano (CRIT)
- Centro de Recuperação de Crianças Deficientes e Inadaptadas de Oliveira de Azeméis (CERCIAZ)
- Centro de Recuperação Infantil de Abrantes (CRIA)
- Centro de Recuperação Infantil de Almeirim (CRIAL)
- Centro de Recuperação Infantil de Fátima (CRIF)
- Centro de Recuperação Infantil de Ferreira do Zêzere (CRIFZ)
- Centro de Recuperação Infantil de Ponte de Sor (CRIPS)
- Centro de Recuperação Infantil Ouriense (CRIO)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados da Amadora (CERCIAAMA)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados da Guarda (CERCIG)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Lisboa (CERCILISBOA)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Seixal e Almada (CERCISA)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Sesimbra (CERCIZIMBRA)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Espinho (CERCI Espinho)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Peniche (CERCI Peniche)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Póvoa de Sta. Iria (CERCI Póvoa)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Montemor-o-Novo (CERCIMOR)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Guimarães (CERCIGUI)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados do Montijo e Alcochete (CERCIMA)

- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas da Nazaré (CERCINA)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas de Fafe (CERCIFAF)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas de Águeda (CERCIAG)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas de Castro Verde, Ourique e Almodôvar (CERCICOA)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação para a Comunidade Inclusiva (CERCI - LAMAS)
- Cooperativa de Ensino e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Leiria (CERCILEI)
- Cooperativa de S. Pedro de Barcarena - Educação e Reabilitação de Cidadãos com Deficiência
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Vila Nova de Gaia (CERCIGAIA)
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais (CERCICA)
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas (CERCI Flor da Vida)
- Cooperativa para Educação e Reabilitação de Criança Inadaptadas da Moita e Barreiro (CERCIMB)
- Cooperativa para Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas de S. João da Madeira (CERCI S. João da Madeira)
- Cooperativa para Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas de Amarante (CERCIMARANTE)
- Externato Zazzo
- Fundação Liga
- Instituto de Reabilitação e Integração Social (IRIS)
- Movimento de Apoio ao Diminuído Intelectual (MADI)
- Movimento de Apoio de Pais e Amigos ao Diminuído Intelectual (MAPADI)
- Cooperativa de Educação e Reabilitação de Crianças Inadaptadas de Portalegre (CERCI Portalegre)

(DGIDC, 2010a)

Anexo 5 – Questionário “O Terapeuta da Fala e o Autismo”

O Terapeuta da Fala e o Autismo

Antes de proceder ao preenchimento do questionário, tenha em conta os seguintes aspetos:

- Este questionário é EXCLUSIVO PARA TERAPEUTAS DA FALA que exerçam funções com utentes com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA);
 - Não há respostas certas ou erradas. Em algumas questões existem várias opções de resposta e deve optar pela opção/opções que considere mais adequada(s) baseando-se na sua experiência e opinião;
 - Procure responder da forma mais fiel possível às questões tendo em conta a sua prática profissional;
 - Uma vez que se trata de um formulário eletrónico, pode alterar as suas respostas sempre que quiser, antes de dar por concluído o preenchimento do questionário;
 - Sempre que selecionar a opção “other” (outra) escreva no espaço à frente a designação apropriada para o seu caso;
 - Há questões que são de carácter obrigatório (têm um asterisco vermelho) - quando a resposta dada direciona para questões diferentes;
 - Todas as informações que fornecer serão confidenciais e anónimas;
 - Estima-se que o preenchimento do questionário demore entre 15 a 20 minutos, sendo constituído por 63 perguntas de resposta fechada e aberta;
 - Poderá esclarecer qualquer dúvida através do contacto: 916749229 ou mariajoaotf@hotmail.com.
- SE JÁ PREENCHEU ESTE INQUÉRITO, POR FAVOR, IGNORE ESTE PEDIDO.

Parte I - Formação Académica

Aceita as condições de participação e pretende preencher o questionário? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Qual o grau académico mais elevado que concluiu? *

Selecione apenas uma opção. (Nota: Dependendo da resposta a esta questão, no questionário online, o inquirido apenas terá que responder a questões relativas ao seu grau académico evitando todas as outras, por exemplo, se o inquirido tiver o grau de Licenciatura apenas terá de responder às questões respetivas à Licenciatura e Bacharelato.)

- ☐ Bacharelato (ou equivalente)
- ☐ Licenciatura
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

→ Dependendo da resposta a esta questão o questionário direciona para a página Bacharelato, Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento. Quem tem Bacharelato não responde a qualquer questão relacionada com os outros graus académicos.

Doutoramento

Ano de conclusão: *

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHalRXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ.>

Área do Doutoramento: *

- ☐ Voz, Linguagem e Comunicação
- ☐ Psicologia
- ☐ Ciências da Saúde
- ☐ Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem
- ☐ Estudos da criança
- ☐ Ciências e Tecnologias da Saúde
- ☐ Saúde Pública
- ☐ Other:

Instituição: *

- ☐ Universidade de Lisboa
- ☐ Universidade de Aveiro
- ☐ Universidade de Coimbra
- ☐ Universidade do Minho
- ☐ Universidade Fernando Pessoa
- ☐ Universidade do Porto
- ☐ Universidade Nova de Lisboa
- ☐ Other:

No seu plano curricular teve quantas disciplinas na área da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)? *

- ☐ nenhuma
- ☐ parte de uma disciplina
- ☐ uma
- ☐ duas
- ☐ três
- ☐ Other:

O Tema da sua Dissertação estava relacionado com a PEA? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Mestrado

Ano de conclusão: *

Área do Mestrado: *

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHa1RXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ.>

- ☐ Terapia da Fala, área de Patologia da Linguagem
- ☐ Ciências da Fala e da Audição
- ☐ Ciências da Fala
- ☐ Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem na criança
- ☐ Linguística Clínica
- ☐ Educação Especial – Área de Intervenção Precoce
- ☐ Educação Especial - Área de Especialização em Dificuldades de Aprendizagem Específicas
- ☐ Temas de Psicologia
- ☐ Psicologia - Especialização em Psicologia da Linguagem e Logopedia
- ☐ Psicologia Escolar e da Educação
- ☐ Neuropsicologia
- ☐ Gerontologia Social
- ☐ Saúde Pública
- ☐ Saúde e Envelhecimento
- ☐ Other:

Instituição: *

- ☐ Escola Superior de Educadores de Infância Maria Ulrich
- ☐ Escola Superior de Saúde do Alcoitão
- ☐ Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal
- ☐ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
- ☐ Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa
- ☐ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
- ☐ Instituto de Educação da Universidade do Minho
- ☐ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
- ☐ Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
- ☐ Instituto Superior da Maia
- ☐ Universidade Autónoma de Lisboa
- ☐ Universidade de Aveiro
- ☐ Universidade do Algarve
- ☐ Other:

No seu plano curricular teve quantas disciplinas na área da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)?*

- ☐ nenhuma

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHalRXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ.>

- ☐ parte de uma disciplina
- ☐ uma
- ☐ duas
- ☐ três
- ☐ Other:

O Tema da sua Dissertação estava relacionado com a PEA? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Licenciatura

Pré-Bolonha ou Bolonha

Ano de conclusão: *

Instituição: *

- ☐ Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
- ☐ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
- ☐ Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto
- ☐ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
- ☐ Escola Superior de Saúde do Alcoitão
- ☐ Escola Superior de Saúde Egas Moniz
- ☐ Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa
- ☐ Instituto Superior de Saúde do Alto Ave
- ☐ Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica
- ☐ Other:

No seu plano curricular teve quantas disciplinas na área da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)?*

- ☐ nenhuma
- ☐ parte de uma disciplina
- ☐ uma
- ☐ duas
- ☐ três
- ☐ Other:

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHalRXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ.>

Considera que se a PEA fosse uma área da sua formação a este nível (Licenciatura) a sua intervenção seria mais eficaz?*

- ☐ Sim
☐ Não

Bacharelato

Ano de conclusão: *

Preencha com 0 caso não tenha concluído um Bacharelato. Nesse caso não preencha este questionário.

Instituição: *

- ☐ Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
☐ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal
☐ Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto
☐ Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
☐ Escola Superior de Saúde do Alcoitão
☐ Escola Superior de Saúde Egas Moniz
☐ Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa
☐ Instituto Superior de Saúde do Alto Ave
☐ Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica
☐ Other:

No seu plano curricular teve quantas disciplinas na área da Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)?*

- ☐ nenhuma
☐ parte de uma disciplina
☐ uma
☐ duas
☐ três
☐ Other:

Considera que se a PEA fosse uma área da sua formação a este nível (Bacharelato) a sua intervenção seria mais eficaz? *

- ☐ Sim
☐ Não

Formações sobre PEA

Que tipo de formação já realizou acerca da PEA? *

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHaRXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ>.

Pode escolher mais do que uma opção.

- ☐ Cursos específicos
- ☐ Seminários
- ☐ Congressos
- ☐ Jornadas
- ☐ Ações de Formação
- ☐ Nenhuma
- ☐ Other:

Sente necessidade de: *

Pode escolher mais do que uma opção.

- ☐ Mais formação académica
- ☐ Mais formação prática
- ☐ Livros em Português sobre a PEA
- ☐ Um site fidedigno sobre a PEA
- ☐ Acesso a resultados de estudos recentes acerca da PEA em Portugal
- ☐ Acesso a resultados de estudos recentes acerca da PEA a nível internacional
- ☐ Mais ferramentas de intervenção
- ☐ Mais métodos de avaliação
- ☐ Other:

Parte II - Caracterização da Atividade Profissional

Em que distrito exerce a sua atividade? *

Para que Direção Regional de Educação exerce funções? *

Foi contratado(a) para exercer funções neste agrupamento através de: *

- ☐ Contratação de Escola
- ☐ Centro de Recursos para a Inclusão (CRI)
- ☐ Other:

Carreira na área da PEA

Qual o número total de meses que já exerceu funções com utentes com PEA? *

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHalRXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ.>

Qual o número de meses que já exerceu funções com utentes com PEA no local de trabalho onde se encontra atualmente? *

Qual o número de horas de trabalho semanal com utentes PEA? *

- ☐ até 9 horas (não incluindo as 9 horas)
- ☐ de 9 a 18 horas
- ☐ de 18 a 35 horas
- ☐ Other:

Utentes

Dos utentes que acompanha quantos têm diagnóstico clínico de Perturbação Autística? * *Preencha com o número de utentes que acompanha nestas condições. Caso não acompanhe nenhum utente com este diagnóstico coloque "0". Se não souber a resposta coloque "Não Sei".*

Dos utentes que acompanha quantos têm diagnóstico clínico de Perturbação/Síndrome de Asperger? * *Preencha com o número de utentes que acompanha nestas condições. Caso não acompanhe nenhum utente com este diagnóstico coloque "0". Se não souber a resposta coloque "Não Sei".*

Dos utentes que acompanha quantos têm diagnóstico clínico de Perturbação de Rett? * *Preencha com o número de utentes que acompanha nestas condições. Caso não acompanhe nenhum utente com este diagnóstico coloque "0". Se não souber a resposta coloque "Não Sei".*

Dos utentes que acompanha quantos têm diagnóstico clínico de Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância? *

Preencha com o número de utentes que acompanha nestas condições. Caso não acompanhe nenhum utente com este diagnóstico coloque "0". Se não souber a resposta coloque "Não Sei".

Dos utentes que acompanha quantos têm diagnóstico clínico de Perturbação Global do desenvolvimento sem Outra especificação? *

Preencha com o número de utentes que acompanha nestas condições. Caso não acompanhe nenhum utente com este diagnóstico coloque "0". Se não souber a resposta coloque "Não Sei".

Utentes e Escolaridade

Dos utentes com PEA, que acompanha, quantos frequentam o ensino pré-escolar? * *Caso não acompanhe nenhum utente com estas características coloque "0". Se não souber a resposta coloque "Não Sei".*

Dos utentes com PEA, que acompanha, quantos frequentam o 1º Ciclo? *

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHalRXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ.>

Caso não acompanhe nenhum utente com estas características coloque "0". Se não souber a resposta coloque "Não Sei".

Dos utentes com PEA, que acompanha, quantos frequentam o 2º Ciclo? *

Caso não acompanhe nenhum utente com estas características coloque "0". Se não souber a resposta coloque "Não Sei".

Dos utentes com PEA, que acompanha, quantos frequentam o 3º Ciclo? *

Caso não acompanhe nenhum utente com estas características coloque "0". Se não souber a resposta coloque "Não Sei".

Caracterização da Avaliação

Que prova(s) informais utilizou na avaliação da COMUNICAÇÃO de utentes com PEA? *

Indique que aspetos da comunicação avaliou em cada um.

Que prova(s) utilizou na avaliação da LINGUAGEM de utentes com PEA? *

Pode assinalar mais do que uma opção.

- ☐ Grelha de Observação da Linguagem Nível Escolar (GOL-E)
- ☐ Teste de Avaliação da Linguagem Oral (TALO)
- ☐ Teste de Identificação de Competências Linguísticas (TICL)
- ☐ Teste de Avaliação da Linguagem na Criança (TALC)
- ☐ Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português (PALPA-P)
- ☐ Other:

Que prova(s) utilizou na avaliação da ARTICULAÇÃO VERBAL de utentes com PEA? *

Pode assinalar mais do que uma opção.

- ☐ Teste de Articulação Verbal (TAV)
- ☐ Teste de Avaliação da Produção Articulatória de Consoantes do Português Europeu (TAPAC-PE)
- ☐ Teste Fonético-Fonológico (ALPE)
- ☐ Other:

Que outra(s) prova(s) utilizou na avaliação de utentes com PEA? *

Indique que aspetos avaliou.

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHalRXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ>.

Qual considera ser a área em que existe maior necessidade de uma prova aferida para o português, com uma amostra constituída por utentes com PEA? *

- ☐ Comunicação
☐ Linguagem
☐ Articulação Verbal
☐ Todas
☐ Other:

Após avaliação, utiliza a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) para o registo? *

- ☐ Sim
☐ Não

Que tipo de registo efetua? *

Pode assinalar mais do que uma opção.

- ☐ Em papel
☐ Em computador, seguindo método pessoal
☐ Em computador usando aplicação de registo eletrónico
☐ Other:

Que informação guarda da avaliação? *

Não precisa apenas de selecionar aquelas que usa sempre. Pode selecionar também aquelas que usa/usou esporadicamente.

- ☐ Os resultados finais
☐ Gravação de som da sessão
☐ Gravação de vídeo
☐ Other:

Caracterização da Intervenção

A equipa em que se insere é constituída por: *

Pode assinalar mais do que uma opção.

- ☐ Docentes de Educação Especial
☐ Terapeuta Ocupacional
☐ Outro Terapeuta da Fala
☐ Psicólogo

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHalRXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ>.

- ☐ Fisioterapeuta
☐ Assistente Social
☐ Other:

Qual o modelo de intervenção utilizado com os utentes com PEA? *

- ☐ Multidisciplinar (cada profissional trabalha a sua área específica de forma independente)
☐ Interdisciplinar (os diferentes profissionais articulam-se e cooperam entre si)
☐ Transdisciplinar (não existem fronteiras entre as diferentes atividades profissionais, um profissional pode trabalhar diferentes áreas específicas com o aluno/utente)

Qual/Quais a(s) área(s) de intervenção que trabalha mais frequentemente em utentes com PEA? *

Pode assinalar mais do que uma opção.

- ☐ Linguagem (Semântica)
☐ Linguagem (Morfossintaxe)
☐ Linguagem (Pragmática)
☐ Linguagem (Fonologia)
☐ Articulação Verbal
☐ Motricidade Orofacial
☐ Comunicação Não-Verbal
☐ Todas
☐ Other:

Algumas das sessões que realiza, com utentes com PEA, são em grupo? *

- ☐ Sim
☐ Não

Que tipo de sessões considera melhor beneficiarem o desenvolvimento da linguagem de utentes com PEA?

*

- ☐ Em grupo
☐ Individuais

Qual o número de utentes com PEA que acompanha atualmente em apoio direto? *

Qual o número de utentes com PEA que acompanha atualmente em apoio indireto?*

Comunicação Aumentativa e Alternativa

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHa1RXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ.>

Dos utentes com PEA que acompanha quantos utilizam Meios de Comunicação Aumentativa e Alternativa (MCAA)? *

Dos utentes com PEA que utilizam MCAA quantos utilizam os seguintes Sistemas? * Assinale "Nenhum" se nenhum utente utilizar este Sistema e "De 1 a 3", "De 4 a 6", "De 7 a 10" ou "Mais de 10" relativo ao número de utentes que utilizam este Sistema.

| | Nenhum | De 1 a 3 | De 4 a 6 | De 7 a 10 | Mais de 10 |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sistemas sem ajuda (ex: Gestos do uso comum, gestos idiossincráticos, Língua Gestual Portuguesa) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sistemas com ajuda, baseados em elementos muito representativos (ex: Objetos Reais, parte de objetos, fotografias) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sistemas com ajuda, baseados em signos gráficos (ex: Símbolos Pictográficos para a comunicação (SPC), Sistema Bliss, Picture Exchange Communication System (PECS)) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sistemas com ajuda, baseados em signos abstratos (ex: Ortografia tradicional) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sistemas Mistos (ex: Makaton) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

A decisão do MCAA a utilizar foi principalmente: *

- ☐ Apenas sua
☐ Em conjunto com os pais/familiares
☐ Em conjunto com os professores
☐ Em conjunto com outros técnicos
☐ Em conjunto com familiares, professores e técnicos
☐ Other:

Em que contextos os utentes utilizam o MCAA? *
 Pode assinalar mais do que uma opção.

☐ Na Escola

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHalRXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ.>

- ☐ Na Terapia
☐ Em situações da vida diária
☐ Em casa
☐ Other:

Os seus utentes com PEA já foram avaliados por um Centro de Recursos TIC para a Educação Especial? *

- ☐ Sim
☐ Não

Que software utiliza mais frequentemente para a elaboração de um MCAA para os seus utentes com PEA? *
 Pode seleccionar mais do que uma opção (num máximo de 3); Na opção "Other" pode indicar mais do que um software.

- ☐ In Vento 2
☐ The Grid
☐ The Grid 2
☐ Boardmaker
☐ Boardmaker with Speaking Dynamically Pro (SDP)
☐ Escrita com Símbolos
☐ Comunicar com Símbolos
☐ Other:

Competências Comunicativas de Crianças com PEA

Dos utentes com PEA que acompanha indique quantos apresentam/apresentaram as seguintes características: *

Assinale "Nenhum" se nenhum utente apresenta/apresentou estas características e "De 1 a 3", "De 4 a 6", "De 7 a 10" ou "Mais de 10" relativo ao número de utentes que apresentam/apresentaram estas características.

| | Nenhum | De 1 a 3 | De 4 a 6 | De 7 a 10 | Mais de 10 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Aquisição tardia da linguagem | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Perda precoce da linguagem (entre os 15 e 22 meses) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mutismo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ecolália Imediata | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ecolália retardada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Prosódia/tom de voz alterado | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHalRXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ.>

| | Nenhum | De 1 a 3 | De 4 a 6 | De 7 a 10 | Mais de 10 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Linguagem mais "instrumental" do que "expressiva" (a maior parte da linguagem é "provocada" em vez de espontânea) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Uso idiossincrático das palavras e do jargão | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Dos utentes com PEA que acompanha a maioria apresenta lacunas em que áreas da linguagem? *

Assinale até 3 e indique qual a área mais afetada com 1, a segunda com 2 e a terceira mais afetada com 3.

| | Semântica | Morfossintaxe | Pragmática | Fonologia | Prosódia |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 - área mais afetada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 - segunda mais afetada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 - terceira mais afetada | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Dos utentes com PEA que acompanha quantos apresentam linguagem verbal não-oral?*

Dos utentes com PEA que acompanha quantos apresentam linguagem verbal oral?*

Dos utentes com PEA que acompanha quantos não apresentam linguagem verbal?*

Dos utentes com PEA que acompanha quantos não apresentam competências básicas comunicativas (contacto ocular, turn-taking, imitação, atenção conjunta)? *

O Inquérito terminou.

Pressione SUBMIT para que as suas respostas sejam enviadas. Só assim teremos acesso às suas respostas para análise.

Obrigado pela colaboração.

Maria João Pedro
António Teixeira

Questionário disponível em:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dHJHalRXM0tEbG44cmJmT1BBRGlnRnc6MQ.>

Anexo 6 – Autorização para aplicação do questionário, em meio escolar, pela DGIDC.

| |
|--|
| Dados adicionais |
| Estado: |
| Aprovado |
| Avaliação: |
| Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Maria João do Nascimento Pedro Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica. Com os melhores cumprimentos Isabel Oliveira Directora de Serviços de Inovação Educativa DGIDC |
| Observações: |
| |
| Outras observações: |
| Sem observações. |

Disponível em: <http://mime.gepe.min-edu.pt>

Anexo 7 – Figuras e Tabelas

Tabela 1 - Instituições em que os TF concluíram a Licenciatura.

| INSTITUIÇÕES | n | % |
|--|----|------|
| Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro | 15 | 30,6 |
| Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal | 5 | 10,2 |
| Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto | 4 | 8,2 |
| Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria | 0 | 0 |
| Escola Superior de Saúde do Alcoitão | 7 | 14,3 |
| Escola Superior de Saúde Egas Moniz | 7 | 14,3 |
| Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa | 5 | 10,2 |
| Instituto Superior de Saúde do Alto Ave | 1 | 2,0 |
| Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica | 3 | 6,1 |
| Universidade Fortaleza | 1 | 2,0 |
| Universidade do Algarve: Escola Superior de Saúde de Faro | 1 | 2,0 |

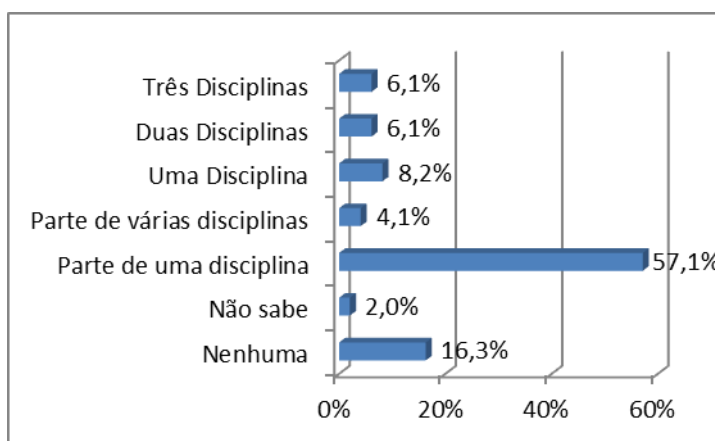


Figura 1 - Número de disciplinas, na área da PEA, que os TF tiveram no seu plano curricular.

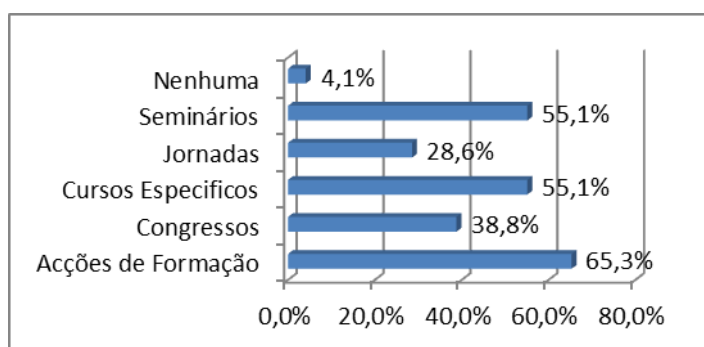


Figura 2 - Tipo de formação que cada TF já realizou acerca da PEA.

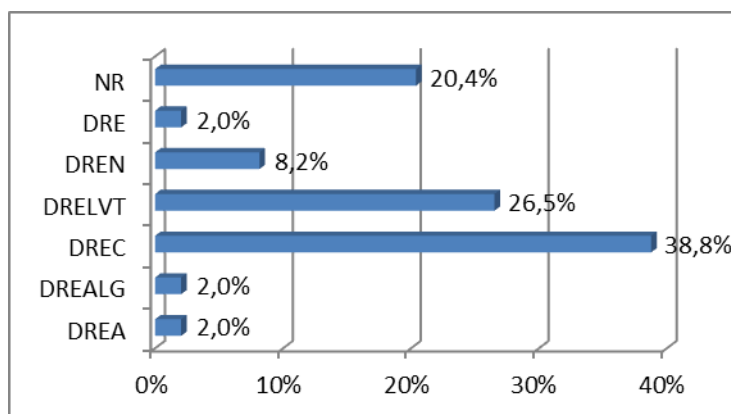


Figura 3 - Direções Regionais de Educação para onde os TF exercem funções.

Legenda – NR – Não Respostas, DRE– Direção Regional de Educação da Região Autónoma da Madeira, DREN- Direção Regional de Educação do Norte, DRELVT- Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo, DREC- Direção Regional de Educação do Centro, DREALG- Direção Regional de Educação do Algarve -, DREA- Direção Regional de Educação do Alentejo.

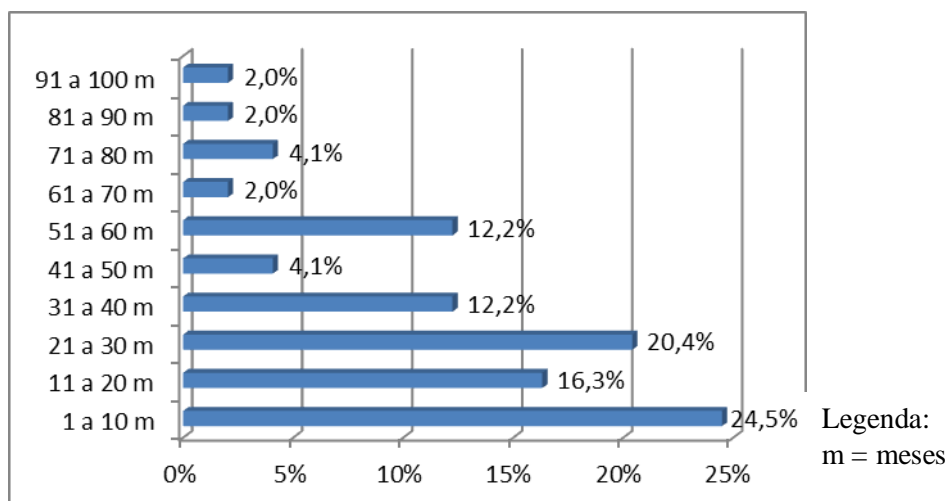


Figura 4 - Meses de serviço dos TF com utentes com PEA.

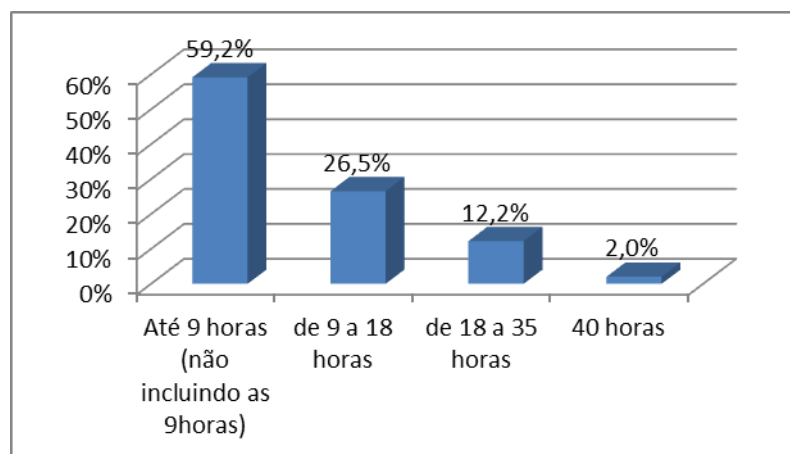


Figura 5 - Número de horas de trabalho semanal do TF com utentes PEA.

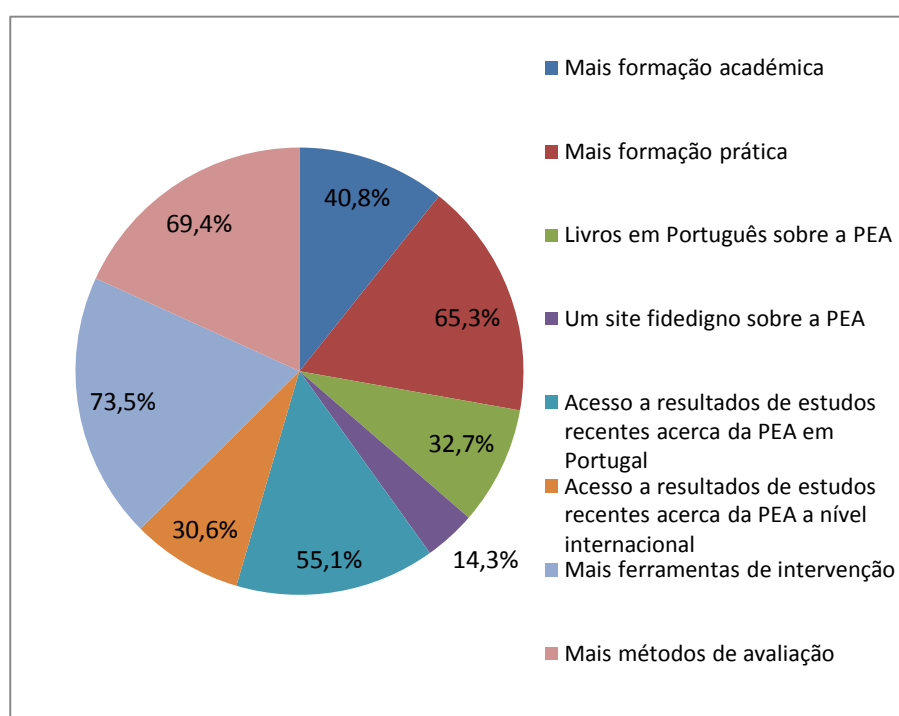


Figura 6 - Aspectos que os TF sentem mais necessidade na área da PEA.